

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 40

LE PRONOSTIC DE LA COXALGIE

100 OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Avril 1938

PAR

JEAN VERDIER

Né le 31 Août 1912, à Saint-Bauzille-de-Putois

Interne de l'Hôpital Prince Albert de Monaco

Lauréat de la Société de Chirurgie de Catalogne (Prix GIMBERNAT)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

JEANBRAU, Professeur, *Président*

ETIENNE, Professeur

AIMES, Agrégé

P. RIMBAUD, Agrégé

Assesseurs

SÈTE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, ED. SOTTANO, 9, QUAI DE BOSC

1938

LE PRONOSTIC DE LA COXALGIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 40

LE PRONOSTIC DE LA COXALGIE

100 OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Avril 1938

PAR

JEAN VERDIER

Né le 31 Août 1912, à Saint-Bauzille-de-Putois

Interne de l'Hôpital Prince Albert de Monaco

Lauréat de la Société de Chirurgie de Catalogne (Prix GIMBERNAT)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

JEANBRAU, Professeur, *Président*

ETIENNE, Professeur

AIMES, Agrégé

P. RIMBAUD, Agrégé

Assesseurs



SÈTE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, ED. SOTTANO, 9, QUAI DE BOSC

1938

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique, médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Micr. biologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	N...
Anatomie (Chargé de cours)	TERRACOL
Histologie (chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE
ESTOR, BERTIN-ANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histoire Naturelle Médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Pathologie expérimentale	GUIBAL
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES
Médecine opératoire	SOUBERAN, ag. libre
Accouchements	COLL de CARRERA
Clinique physiologique	BOUDET
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique propédeutique chirurgicale	AIMES
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON
Ophtalmologie	DÉJEAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. JANBON
	BAUMEL
	RIMBAUD
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
	COLL de CARRERA
	CARRERA
	DÉJEAN



EXAMINATEURS DE THÈSE

MM. JEANBRAU, Professeur, président	MM. AIMES, Agrégé
ETIENNE, Professeur	P. RIMBAUD, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Enlevé prématurément, il y a quelques mois à peine, à mon affection profonde et à ma vénération.

Il n'aura pu parcourir de ses yeux, comme il l'eût tant désiré, ce modeste travail dont il se réjouissait à l'avance, comme devant être la consécration et la récompense de ses efforts et de ses sacrifices envers moi.

Je lui dois tout ce qu'il peut y avoir de bon dans ma formation intellectuelle et morale.

A MA MERE

J. V.

A MON FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE MONACO
ET DE NICE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. PLANE

*qui pendant un an au chevet de mon
père m'a donné un bel exemple de
dévouement médical que je ne saurais
oublier.*

J. V.

AVANT-PROPOS

Au moment d'exposer ce travail, à l'orée de notre carrière médicale, c'est un doux et pieux devoir que nous accomplissons en venant témoigner à nos Maîtres toute la reconnaissance que nous leur devons pour l'enseignement, l'appui et les conseils qu'ils n'ont jamais cessé de nous prodiguer au cours de toutes nos études médicales.

La personnalité scientifique de M. le Professeur JEANBRAU justifie l'appréhension avec laquelle nous lui exprimons le respectueux attachement que nous éprouvons envers lui. Pendant les séjours qu'il nous a permis de faire dans son service, il nous a accueilli, instruit, guidé avec la plus extrême bienveillance. Près de lui, il nous a permis de goûter la clarté de son enseignement clinique, lourd d'une expérience sans cesse accrue, la méthode et la maîtrise de sa technique opératoire, et sa volonté de poursuivre son perfectionnement par d'incessantes recherches. Nous aurions voulu mériter l'indulgente affection qu'il nous a témoignée. Qu'il nous soit permis de lui dire, en le remerciant pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse, que nous n'oublierons jamais les sentiments dont il nous a entouré.

Notre profonde gratitude va à M. le Professeur AIMES qui, après nous avoir confié la présentation de ce travail,

en a suivi le développement avec une attention constante. Nous devons la réalisation de cette thèse à la conscience avec laquelle il a examiné et suivi les nombreux cas qu'il a réunis pour nous. Qu'il nous permette de lui exprimer l'assurance de notre dévouement et de notre reconnaissance.

Nous remercions également M. le Professeur ETIENNE qui n'a jamais cessé de nous témoigner sa sympathie pendant toutes nos études. Qu'il trouve ici l'expression de nos respectueux remerciements.

M. le Professeur Agrégé Pierre RIMBAUD tient dans notre jury une place que notre cœur lui réserve. Il nous a marqué pendant les années de notre vie d'étudiant une amitié dont nous garderons toujours le souvenir.

Nous remercions également ceux qui nous ont initié à la vie médicale. M. le Docteur E. TRUC qui nous a prodigué ses conseils. A MM. les Docteurs J. HERAN, W. ARNAL, J. CADERAS va aussi notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier nos Maîtres des Hôpitaux de Monaco et de Nice où nous avons passé de profitables années d'Internat. A M. le Docteur A. DRUGMAN qui nous a appris ce qu'est la chirurgie; à MM. les Docteurs J. CAILLAUD, DROUHARD, GIBELLI, SIMON vont aussi nos hommages. Que M. le Docteur J. P. GRINDA reçoive ici toute l'expression de notre admiration et de notre fidèle et profond souvenir.

Notre vie d'étudiant à la Faculté de Médecine de Montpellier sera pour nous, nous en sommes certain, la plus belle page de notre existence et c'est avec quelques regrets que nous la voyons se terminer aujourd'hui.

J. V.

INTRODUCTION

Si c'est à dessein qu'on a préféré le terme de *COXALGIE*, créé par WIST en 1809, à celui de *COXOTUBERCULOSE* plus précisément employé par LANNELONGUE, on a outrepassé les craintes, car ce mépris de l'exactitude, destiné à masquer, aux yeux du malade et de son entourage l'effrayante étiologie des ostéo-arthrites bacillaires de la hanche paraît en avoir amoindri la gravité du pronostic, du moins à l'idée du praticien lui-même.

On est d'abord étonné de voir décrire, dans les traités classiques, la coxalgie entre la luxation congénitale de la hanche et la coxavalga, alors que son étude, comme l'a compris Léon BERNARD, n'est qu'un chapitre de la phthysologie. Même lorsqu'on s'est pénétré de la traduction locale par les lésions mutilantes de la hanche, de l'imprégnation générale par le bacille de Koch, on n'a pas encore jaugé toute la gravité des troubles fonctionnels créés au niveau de l'articulation coxo-fémorale, et cela dans la majorité des cas.

C'est dans ce but que nous nous sommes attaché à présenter 100 cas, qui pour la plupart ont été pris au hasard des entrées dans un institut héliο-marin, et traités de la même manière ou plutôt dans des conditions

analogues, d'autres étant des observations d'adultes anciens coxalgiques, recueillies dans la pratique courante, cela pour démontrer la longueur de l'évolution, la fréquence des complications tardives, le grand nombre de rechûtes, à côté des facteurs de gravité habituellement reconnus mais souvent mésestimés et en nous défendant de vouloir faire une statistique.

Certes, l'opposition entre la gravité de la tuberculose pulmonaire et la bénignité des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires paraît légitime à première vue, si l'on songe à la fréquence de la tuberculose mortelle, mais comme l'écrit J. CALVE, il est regrettable que « *la tuberculose ostéoarticulaire reste au second plan, et soit considérée comme la « Cendrillon » de la Tuberculose* ». Car, les localisations uniques ou associées du bacille de Koch sur les grandes articulations, et en particulier sur la hanche, peuvent dans certaines conditions entraîner la mort. « *Elles sont mutilantes souvent, déformantes fréquemment* ».

D'après ARMAINGAUD, jointe à la tuberculose ganglionnaire, la tuberculose ostéo-articulaire frapperait en France, plus de 60.000 enfants, sans compter les adultes si souvent atteints eux aussi. Ces chiffres peuvent être rapprochés de ceux des statistiques italiennes, qui accusaient en 1932: 50.000 malades, ce qui prouve leur exactitude, car on sait que les populations françaises et transalpines sont sensiblement égales. Or, d'après CLAYES (Arch. Méd. inf. 1910 p. 363) dans les tuberculoses dites chirurgicales, la coxalgie viendrait immédiatement après le mal de Pott, leur pourcentage étant respectivement de 17,60 pour 100 et de 18,45 pour 100. Il faut évidemment tenir compte de l'époque où ces chiffres ont été établis, mais en rabaisant à 15 p. 100

le nombre des caxo-tuberculoses vraies, on arrive tout de même à une somme de 9.000 enfants qui chaque année en France sont frappés.

Aussi, s'étonne-t-on que l'attention des praticiens ne soit pas plus attirée sur le *DEPISTAGE PRECOCE* de la localisation du B. K. à la hanche. Sans doute ne se pénètre-t-on pas assez de l'influence de la précocité du traitement sur l'étendue et la gravité des troubles fonctionnels résultant des destructions créées au niveau de l'articulation, même si on méconnaît la signature de l'atteinte bacillaire.

En ne perdant pas de vue le leit-motiv des études des tuberculoses ostéo-articulaires, il faut dire que la coxalgie est un accident tuberculeux chez un sujet tuberculeux, qui restera tuberculeux. C'est sûrement son plus grand grief de gravité? Nous nous attacherons à prouver qu'il n'est pas le seul et que le sérieux de l'atteinte locale offre aussi une grande importance. Le coxalgique est un demi-impotent.

Il est donc évident que ce qui domine le pronostic de la coxalgie c'est qu'elle se développe chez un sujet déjà tuberculeux au stade secondaire du cycle décrit par RANKE. Manifestation locale par autosurinfection, elle constitue une « *phase nouvelle de la tuberculose* » selon les dires de MENARD. La coxo-tuberculose n'est qu'un accident localisé dans une maladie générale.

Il faut d'abord poser ce qu'écrit A. RICHARD dans le traité de chirurgie orthopédique de OMBREDANNE et MATHIEU :

« *Mais lorsqu'une arthrite a été bénigne, évolution raccourcie, lorsque les déformations fémorales et cotyloïdiennes sont nulles, lorsque l'adénopathie est absente ou douteuse, lorsque la récupération fonctionnelle est voisine de la normale, on ne pourra se permettre de*

parler de coxalgie qu'avec les tests suivants: cuti-réaction très positive (à condition qu'il s'agisse d'enfants de moins de sept ans), intra-dermo réaction à la tuberculine, existence d'autres foyers prouvés tuberculeux par le laboratoire, hérédité directe ou contamination par l'entourage tuberculeux, contagieux, biopsie d'un ganglion inguino-crural. A l'heure actuelle porter un diagnostic de coxalgie parce qu'un enfant, un adulte, un vieillard, souffre de la hanche, sans s'appuyer sur une ou plusieurs des preuves que nous avons énumérées, c'est faire preuve d'ignorance ou de légèreté ».

C'est précisément cela qu'il ne faut pas perdre de vue, en se répétant bien que le nom de *COXALGIE* ne peut que *MASQUER* celui de *COXO-TUBERCULOSE*. On sait combien est profond le pouvoir destructif du bacille de Koch. Une telle signature ne permet donc pas de penser que l'atteinte locale puisse être bénigne.

Il ne nous appartient pas d'apporter notre contribution à la preuve que :

1° Que le coxalgique était déjà tuberculeux avant l'apparition de la lésion;

2° Qu'il reste un tuberculeux pendant l'évolution de la lésion;

3° Que même guéri de son foyer, il reste un tuberculeux après l'évolution de la lésion.

Les classiques ont montré que la radioscopie comme l'examen *post mortem*, décèle presque toujours l'adénite hilaire, et même le noyau cicatriciel de la lésion primitive pulmonaire, que la cuti ou l'intra dermo réaction est toujours positive, « *témoignage de la symbiose du germe vivant et de l'organisme* », (R. DEBRE). D'autre part, les études de BILROTH et de KÆNIG nous apprennent aussi que 50 pour 100 pour le premier, 79 pour 100

pour le second, les tuberculeux ostéo-articulaires, présentent des lésions par ailleurs. LAMBRET a démontré à ce sujet la fréquence des adénites trachéo-bronchiques, tandis que d'autres auteurs ont signalé le fréquent rôle annonciateur de la pleurésie chez le coxalgique adulte. BROCA et CLAYES dans leur importante statistique arrivent à une proportion de 13 pour cent de foyers multiples, le plus souvent osseux, quelquefois viscéraux, et parmi ceux-ci, plus particulièrement localisés aux organes génito-urinaires.

Pendant l'évolution, l'intolérance à l'héliothérapie prolongée chez bon nombre de malades, l'élévation légère de la température vespérale, la fatigue après le moindre effort, phénomènes d'auto-inoculation, étudiés par certains auteurs anglais (A. WRIGHT) en tous points comparables à ceux que l'on observe après une injection de tuberculine, traduisent la persistance de la généralisation dans l'organisme de l'agent dont le point de prédilection est alors l'articulation coxo-fémorale. Dans la plupart des cas que nous citons dans ce travail, on a souvent noté, le soir, cette élévation thermique de quelques dixièmes de degré.

On peut aussi appliquer à l'avenir des coxalgiques ce que LÉON BERNARD disait à propos des tuberculeux en général: « *La notion de guérison en matière de tuberculose offre un sens assez particulier. Il s'agit plus rarement de guérison anatomique avec destruction certaine et définitive du germe; on est en face, dans l'immense majorité des cas de guérisons dites cliniques, c'est-à-dire « d'arrêts » de la maladie toujours susceptible de reprendre l'activité* ».

Ace propos nous avons recueilli plusieurs cas de récidives, auxquels on ne peut pas manquer de ratta-

cher certaines coxalgies doubles dont les atteintes ne sont pas bilatéralement simultanées.

Il est certes difficile d'étudier le pronostic à distance de la coxalgie, bien que les malades soient rarement perdus de vue. Aussi avons-nous recueilli divers cas anciens choisis dans la pratique courante, qui nous ont montré, qu'en dehors de l'évolution déjà longue des formes typiques, certaines coxalgiques se prolongeaient dans l'âge adulte par des rechûtes souvent ignorées du praticien ou du spécialiste qui a traité la première phase de l'arthrite fémorale. Car nos maîtres ont souvent constaté les fréquentes éclosions de foyers nouveaux, osseux, viscéraux, pulmonaires, ou génito-urinaires, survenues après la guérison clinique des coxo-tuberculoses traitées dans leurs services. Et si, selon eux la mortalité, soit par méningite, soit par phtisie pulmonaire, est moins élevée que dans les milieux ouvriers sur lesquels Mlle Jeanine FREY (Thèse de Paris 1927) a fait porter son étude, elle n'en reste pas moins importante.

AUTO-SURINFECTION, nouvelle attaque de l'*ENNEMI DU DEDANS* comme l'a nommée CALMETTE, en contradiction apparente avec les théories de MARFAN; en expliquer le processus sortirait du cadre de notre sujet. Un fait demeure, c'est la symbiose constante du germe vivant et de l'organisme du coxalgique.

Mais la gravité du pronostic ne réside pas qu'en cela. Le malade atteint d'osthé-arthrite tuberculeuse de la hanche reste presque toujours, plus qu'on ne l'admet généralement, un demi-impotent du fait de la très fréquente importance de l'atteinte locale.

Les formes graves sont beaucoup plus répandues que les formes bénignes, cela pour diverses raisons,

mais souvent tant chez l'enfant que chez l'adulte l'évolution anatomique de la coxalgie revêt une allure très grave; la destruction osseuse est considérable, les abcès fistulisent, s'infectent et, aux lésions tuberculeuses s'ajoutent des lésions d'ostéo-myélite secondaire.

(KÆNING, article Coxalgie. Pratique Médico-Chirurgicale, tome 22, page 800).

C'est de cette fréquence que nous avons été frappé. Dans la plupart de nos observations la destruction est considérable et les complications sont presque la règle. Et cela sans parler des récidives.

Dans le souci d'attirer l'attention sur cela, nous avons réunis les cas dont l'exposé succinct constitue le fond de notre travail. Car comme RICHARD nous avons pensé que :

« Si les médecins étaient mieux renseignés, le public ne tarderait pas à l'être également. Les arthrites tuberculeuses seraient mieux soignées, chez les pauvres, comme chez les riches. Les complications seraient plus tardives; beaucoup moins fréquentes et moins graves ».

CHAPITRE PREMIER

LA DURÉE DE L'ÉVOLUTION

Il apparaît d'abord que le premier grief de gravité que l'on doit porter sur la coxalgie, c'est bien la longueur de son évolution.

MÉNARD qui a établi la notion de durée minimum de l'arthrite tuberculeuse demandait souvent insidieusement à ses élèves : « *Combien de temps dure une coxalgie ?* » Comme ceux-ci interloqués gardaient le silence, il ne manquait pas de répondre lui-même : « *Le temps que vous voudrez, mais pas moins de trois ans* », et selon Jacques CALVE, ajoutait : « *Il n'y a pas de formes bénignes qui tournent court et guérissent plus vite que les autres ; la lésion, quel que soit le degré plus ou moins fruste de ses premières manifestations cliniques, a toujours une durée minimum d'évolution avant laquelle elle ne peut pas être guérie, durée qui oscille entre 2 ans et demi et 3 ans, selon l'importance du foyer.* »

Nous avons certes relevé des formes frustes pour lesquelles on signalait des guérisons qui semblaient

évidentes, mais dans tous ces cas les malades ont été suivis et la reprise fonctionnelle n'a été conseillée qu'avec prudence. Car les rechutes observées sont fréquentes, presque la règle, dans ces coxalgies dûment diagnostiquées radiographiquement, qui paraissent guéries avant la durée minimum de l'évolution fixée par MÉNARD dans des travaux magistraux basés sur des milliers de cas traités dans une station climatique particulièrement favorable (Grand Hôpital de la Ville de Paris BERCK). Le chirurgien en chef du grand centre de Berck-Plage a établi des principes qui depuis 20 ans sont confirmés chaque jour : J. CALVE son élève les ramène à quatre :

1° *Toute arthrite tuberculeuse a une durée minimum d'évolution avant laquelle elle n'est pas guérie;*

2° *Toute interruption même légère dans la continuité et la sévérité du traitement est susceptible de provoquer une rechute;*

3° *Une lésion articulaire tuberculeuse ne peut guérir que si elle est placée dans des conditions climatiques particulières;*

4° *On ne doit autoriser la reprise de la fonction que si la lésion répond à certains tests.*

On ne peut donc considérer comme guéries les arthrites tuberculeuses de la hanche qui n'ont pas atteint la durée d'évolution fixée. Malheureusement les malades et leur entourage se bercent souvent d'illusions et la marche est reprise jusqu'à la fatigue. Il n'est donc pas rare que le praticien voit reparaître dans son cabinet le coxalgique qui avait été heureux de quitter le plâtre, le lit et l'hôpital, quelques mois, parfois même quelques années auparavant. Comme l'écrivait MÉNARD : « *La durée de cette maladie est inconnue : il en résulte une*

faute, toujours la même, commise dans la direction du traitement. La coxalgie dure des années, on la traite comme si elle pouvait guérir en quelques semaines. »

Ce ne sont pas toujours le médecin, l'orthopédiste ou le chirurgien qui aggravent les formes bénignes, ce sont bien des fois le malade lui-même et son entourage.

La durée minimum de l'évolution de la coxalgie est donc nettement établie. La prolongation au delà de 3 ans serait-elle l'exception, que, l'obligation de traiter les coxotuberculeux pendant un laps de temps aussi long, serait un important facteur de gravité. Il n'en est malheureusement pas ainsi et les évolutions de 8 ans et plus sont relativement fréquentes; la moyenne oscillant entre 5 et 7 ans, la présence d'abcès prolongeant la durée minimum à 4 ou 5 ans. Or, nous verrons par la suite, que la proportion des abcès dans la coxalgie est beaucoup plus importante que ce qu'on le croit généralement.

On a établi que le traitement général climatique au bord de la mer où il semble être le plus efficace, à l'altitude (ROLLIER) ou à la plaine, favorisait considérablement la guérison surtout lorsqu'on y ajoutait l'adjuvant merveilleux de l'héliothérapie. Les cas que nous avons observés ont été choisis parmi les malades de l'Institut Hélio-marin de PALAVAS ou ceux de la clientèle de notre maître le Professeur AIMES; donc étudiés sur le littoral méditerranéen exposé à la brise marine et au brillant soleil du Languedoc. Et pourtant l'évolution a toujours été lente, « *les lésions luttant d'indolence.* » (OLLIER).

De nombreux facteurs prolongent encore la décevante lutte de l'organisme du coxalgique et du germe microbien au foyer articulaire. Nous avons relevé l'in-

fluence aggravante des maladies infectieuses, notamment la *ROUGEOLE*, sur l'évolution de l'ostéo-arthrite bacillaire de la hanche.

C'est surtout le *RETARD DU DEPISTAGE* qui semble la prolonger le plus. Il est imputable d'abord à la maladie elle-même, indolente pendant longtemps, remarquablement insidieuse. « *Tous les chirurgiens d'enfants ont vu des coxalgies avec très peu de troubles fonctionnels et où la radiographie démontre de très fortes lésions osseuses* (KIRMISSON). *Bull. Méd.*, 1904, p. 407) ». Ceci est encore vrai aujourd'hui malgré les progrès réalisés dans la précocité du diagnostic.

Il l'est aussi à l'*IGNORANCE DE L'ENTOURAGE* des malades. Pendant qu'un foyer couve dans l'articulation peut-être que des parents attentifs constateraient assez souvent quelques déchéances de l'état général. Mais bien souvent la famille du coxalgique, au début, n'observe pas assez. Déjà fréquente dans les milieux ouvriers et ruraux la coxo-tuberculose ne motive que bien tard la consultation médicale qui permet de la dépister. C'est un facteur de plus de sa gravité chez les pauvres. Bien souvent la douleur et la boiterie premiers symptômes de l'atteinte ostéo-articulaire sont mis sur le compte d'une chute, d'un traumatisme ou du rhumatisme. Les quelques mois d'hésitation se retrouvent, multipliés dans la longueur de l'évolution. On ne peut pas ne pas déplorer l'ignorance des parents de l'enfant ou les atermoiements du coxalgique adulte. Mais comment ne pas s'indigner lorsque l'entrée en scène du médecin a été repoussée par la mise du malade entre les mains d'un *bâtard d'Esculape*, nous voulons dire d'un *charlatan*.

Enfin, pour fixer exactement la durée de l'évolution d'une coxo-tuberculose, il faut scrupuleusement la décréter guérie. On sait que rien n'est plus difficile: « *Pour affirmer la guérison, disait MENARD, il faut la prouver par des tests cliniques et des tests radiographiques.* »

L'ABSENCE DE CHALEUR LOCALE décelée en tâtant alternativement l'articulation malade et l'articulation saine et en comparant la température de la hanche atteinte avec celle des régions voisinantes. On ne saurait ne pas citer à ce propos une autre phrase de MÉNARD: « *Lorsqu'une articulation est normale elle constitue le pôle du membre, lorsqu'elle est atteinte de tuberculose elle en constitue l'équateur* ».

Mais la notion d'absence de chaleur locale ne suffit pas, il faut établir encore la *SECHERESSE* de la coxo-fémorale tuberculeuse. *L'absence d'œdème péri-articulaire* est significative, mais point suffisante elle aussi.

Il va sans dire que s'il y a *ABCES* ou *FISTULE*, il faut que celui-ci soit disparu et celle-là tarie. Quant à l'*ADENITE*, il ne faut pas compter sur sa disparition totale, car si elle diminue elle persiste dans la plupart des cas.

Les *TESTS RADIOGRAPHIQUES* sont les plus probants? Encore faut-il se montrer très prudent et n'autoriser la marche qu'après un laps de temps suffisant.

Ce n'est que lorsque la guérison aura été indubitablement établie (ce qui est rare, « *la lésion éteinte restant susceptible de renrendre l'activité* » (L. BERNARD)) que l'on pourra se rendre vraiment compte de la durée de l'évolution de la coxalgie.

Dans la plupart des cas on ne manquera pas de constater avec RICHARD que *« même traitée dans les meilleures conditions d'hygiène générale et de soins locaux, même lorsqu'on aucune complication ne sera venue assombrir le pronostic, même lorsqu'on aura eu recours à une des opérations ankylosantes qui garantissent surtout la qualité de la guérison, et même à l'abri des récidives, la coxo-tuberculose n'aura eu une évolution inférieure à 2 ans et demi. »*

Bien plus fréquemment on aura vu l'évolution se prolonger au delà de 3 ans. .

Cette longue durée serait déjà un grief suffisant de gravité, mais les complications sont si fréquentes qu'on est tenté d'écrire qu'elles sont la règle. L'étude des cas que nous présentons nous en a persuadé.

CHAPITRE DEUXIÈME

DES COMPLICATIONS

1) COMPLICATIONS HABITUELLES

Le mot complications serait impropre si on ne le faisait suivre de l'adjectif habituelles, car la plupart des lésions que l'on envisage traduisent normalement, pourroit-on dire, le processus destructif créé par la tuberculose au niveau de l'articulation coxo-fémorale dans l'arthrite bacillaire de la hanche. Seuls les degrés de l'atteinte diffèrent, et c'est la prédominance de certaines lésions qui caractérise les types, comme le siège de l'atteinte et son extension aux diverses parties de la diarthrose.

De la localisation et la fréquence de certains types dépend évidemment le pronostic de la coxo-tuberculose, ainsi que de la profondeur de la destruction et de la nature des lésions locales; la prédominance des phénomènes généraux aboutissant à d'autres manifestations bacillaires et quelquefois même à la mort.

A) *Des attitudes vicieuses*

Les *ATTITUDES VICIEUSES*, d'abord dues aux contractures musculaires permanentes, peu prononcées au début, mais qui se fixeraient toujours si on n'y prenait garde et si on ne s'attachait à les réduire dès l'institution du traitement sont évidemment un premier facteur de gravité au point de vue fonctionnel. C'est l'aboutissant des diverses phases d'attitudes vicieuses que nous nous sommes attachés à relever dans nos observations. Nous n'avons pas toujours découvert le *passage de l'abduction à l'adduction*, ces malades étant examinés pour la première fois à des phases diverses de l'évolution. On ne manquera pas de remarquer surtout la fréquence de l'*attitude flexion-abduction* observée à l'examen d'entrée. Ceci qui prouverait, en admettant la succession habituelle :

a) *flexion, abduction, rotation en dehors;*

b) *flexion, adduction, rotation en dedans,*

que les malades arrivent alors que la période d'état s'est nettement installée.

D'après TIXIER et PATEL, l'adduction serait un indice de déplacement imminent de la tête fémorale en dehors du cotyle: elle ne se verrait pas toujours dans les formes acetabulaires. Nous n'avons pu trouver la preuve certaine de cette affirmation dans les différents cas que nous citons.

Quoi qu'il en soit, ce ne sont pas les attitudes vicieuses qui établissent la gravité du pronostic, car la plupart sont facilement réductibles par l'extension conti-

nue ou l'immobilisation plâtrée en position adéquate et leur étude dans les cas relevés ne saurait apporter qu'une modeste contribution aux controverses de BONNET et VALETTE, de GUÉRIN et ERICHSEN, de VINCENT, de TIXIER et de PATEL.

B) *Des abcès et des fistules*

Plus importante dans l'établissement du pronostic est la question de l'*ABCES* « véritable plaque tournante » de l'aboutissement des lésions coxo-tuberculeuses.

Bien peu de coxalgies, surtout chez l'adulte, évoluent sans en arriver à la période des abcès et parmi ceux-ci bon nombre finissent rapidement par se fistuliser.

Nous ne citerons que pour mémoire, ne voulant pas tirer d'enseignements numériques de nos observations, les statistiques de MÉNARD (Rapport sur les Hôpitaux marins de BERCK, 1912) selon lesquelles sur 100 coxalgies 23 % arriveraient fistuleuses, et celles de LORENZ qui établissent que 58,86 % des coxalgies sont suppurées.

Si les abcès sont précoces, c'est-à-dire s'ils surviennent à partir du 6^e mois jusqu'à la première année, il y a de fortes chances pour que le malade en soit porteur lors du premier examen. Souvent même c'est la présence de la tuméfaction rubéfiée, douloureuse et chaude, qui motive la consultation et favorise le dépistage. Mais combien de coxalgiques arrivent fistulisés à leur première visite.

C'est en tout cas l'*ABCES* qui est le facteur le plus fréquent de la gravité de la coxalgie. Par son intermédiaire on passe de la tuberculose fermée à la tuberculose ouverte, à la fistulisation du foyer lourde de conséquences.

Il allonge toujours la durée de l'évolution. Lorsqu'il est fistulisé, il est la porte d'entrée des germes associés, il transforme l'ostéo-arthrite tuberculeuse en une ostero-arthrite polymicrobienne. Si l'on en croit les statistiques de LORENZ citées par BROCA, les coxalgies suppurées présentent un nombre de cas mortels qui est le double de celui que l'on observe dans les coxalgies non suppurées (soit 24 % et 12 %).

On prétend que l'abcès est le fait des coxalgies mal traitées. Il est certain qu'on l'observe souvent dans les cas où l'ostéo-arthrite a longtemps évolué sans soins. Mais même dans les cas les mieux traités, il n'est pas rare de voir apparaître un abcès à la période dite de suppuration, au cours de la 2^e ou la 3^e année, à la troisième phase de la coxalgie et cela sans que la cause soit imputable au médecin traitant ou à ses aides.

MÉNARD cite une étude de GUIBAL établissant sur 220 abcès fermés 75 % de guérisons. Il nous semble pourtant que les fistulations sont plus fréquentes. Ce sont elles qui assombrissent vraiment le pronostic.

La *FISTULE SPONTANÉE* ouvre la porte à l'infection secondaire avec toutes ses conséquences. La fièvre ne tarde pas à s'allumer et l'état général devient de plus en plus déficient, c'est la *septicémie lente*, la *suppuration intarrissable*, l'*ostéomyélite chronique* et quelquefois la *dégénérescence amyloïde* du foie et des reins.

Il y a cependant des fistules où l'écoulement s'est tari

de lui-même, sans soins particuliers, au bout d'un temps plus ou moins long. C'est ainsi que nous avons relevé plusieurs cas, où le malade examiné pour la première fois était porteur de cicatrices d'orifices de trajets fistuleux. La suppuration étant précoce, il ne pouvait s'agir d'abcès tardifs, résiduels, isolés du foyer articulaire et s'étant comportés comme des collections simples de parties molles.

Mais à côté de cela combien de suppurations décevantes « donnant » pendant des années et se rouvrant après avoir donné l'espoir trompeur d'une cicatrisation passagère. Cette aggravation du pronostic est si nettement établie que l'on dit classiquement que *le bistouri ouvre la porte à la mort*. Malheureusement l'abcès n'a généralement pas besoin du chirurgien pour se frayer un passage à travers muscles et aponévroses pour aller sourdre à la peau. La collection de la région antéro-externe s'ouvre à la partie moyenne de la cuisse, celui de la région antéro-interne pousse son trajet vers le pli génito-crural et la loge des adducteurs, ceux de la région fessière vers la partie moyenne de la fesse, mais ces ouvertures aux téguments ne sont souvent que la traduction minime des délabrements internes. Les processus ulcéreux créent aussi de multiples clapiers borgnes, canaux sans issue, tapissés de fongosités, décollements qui dès la fistulisation, sont autant de réceptacles pour tous les germes pathogènes qui ne manquent pas d'utiliser la porte d'entrée qu'est l'ouverture à la peau.

On peut donc considérer l'*ABCES* comme le « *faciès de la coxalgie* ». Quant à la *FISTULE* on peut bien dire, qu'elle en double la durée, et qu'elle augmente

considérablement la gravité du pronostic pouvant même faire redouter la terminaison fatale. Point de départ des complications mortelles, elle est plus fréquente que ce que l'on croit. La plupart des coxalgies arrivent fistulisées dans les instituts Hélio-Marins et les 23 % de MÉNARD sont inférieurs à la réalité. Cela est imputable au retard à l'intervention car l'immobilisation précoce, le traitement convenablement et strictement appliqué d'emblée met le malade à l'abri de la fistule (2, 1/2% de fistules dans les cas à évolution cyclique, selon MÉNARD.)

Le premier suintement est une manifestation redoutable, la gravité du pronostic étant dès lors fortement accrue.

C) Des Subluxations et Luxations Pathologiques

Dans l'établissement du pronostic fonctionnel la présence de *SUBLUXATIONS* ou de *LUXATIONS PATHOLOGIQUES* est un signe important de gravité. Or les premières sont à peu près systématiques. L'abandon entier de la cavité cotyloïde par la tête ou son moignon étant l'exception. La subluxation est un signe habituel, la luxation pathologique est une complication. Il ne faudrait tout de même pas croire qu'elle constitue une rareté.

La *luxation précoce*, celle qui survient au début même de la maladie n'est due qu'au relâchement des ligaments à la distension de la synoviale, à la compression du fibro cartilage par l'attitude vicieuse. Les déplacé-

ments dus aux altérations osseuses du cotyle ou de la tête sont une traduction plus alarmante de la profondeur des lésions.

Nous avons observé, relativement fréquemment, les trois degrés décrits par LANNELONGUE *l'EMPIETE-MENT SUR LE SOURCIL COTYLOIDIEN, LE CHEVAUCHEMENT* ou le *SAUT*.

NOVE JOSSEMAND a bien vu le rôle joué par la luxation qui appartient surtout au jeune âge dans le pronostic fonctionnel de la coxalgie. Il est évident que la subluxation aboutira plus facilement à l'ankylose.

L'adduction étant l'attitude la plus fréquente, on observe surtout des subluxations ou des luxations iliaques, mais on cite des cas de luxations obturatrices ou pubiennes consécutives à l'adduction. Elles sont rares, nous n'en avons pas relevé.

A propos des luxations et des subluxations on peut aussi parler des *PSEUDARTHROSES INTRA-COTYLOIDIENNES* qui semblent s'établir dans les cas de grande destruction, précisément lorsque ne se sont pas produites la subluxation ou la luxation, la disproportion des extrémités osseuses étant un obstacle insurmontable à leur soudure.

La subluxation comporte des mouvements de faible amplitude d'à peine 10 à 15 degrés, plus elle est accentuée, plus les mouvements sont étendus. La tendance à l'ankylose est très faible. La gravité du pronostic fonctionnel est alors plus forte.

Subluxation importante, luxation, pseudarthrose intra ou extra articulaire, ce sont des traductions des délabrements osseux qui font du coxalgique un quasi impotent.

D) *Des destructions locales*

L'EVOLUTION CYCLIQUE (type MÉNARD) constitue l'exception, la forme bénigne que l'on ne trouve malheureusement que trop rarement. Dans la phase d'état, celui qui en étudiant la coxalgie « *comme un chimiste dans son laboratoire, un botaniste dans sa serre* » (J. CALVÉ), a décrit cette période où le flou disparaît découvrant le résultat du processus destructif, comme le nettoyage de la plaie met à nu l'étendue des délabrements de la blessure.

Même dans ce que l'on peut encore appeler la coxalgie bénigne (car les diverses observations des spécialistes des grands centres héliomarins et de tous les praticiens prouvent que les descriptions des anciens auteurs peuvent encore s'appliquer à beaucoup de cas) les destructions au niveau des cartilages articulaires et des os sont importantes. Bien souvent la radiographie nous montre des fémurs complètement décapités et des vestiges de cavité où l'on a de la peine à rétablir par l'imagination le dessin normal d'un cotyle.

On observe tous les degrés de fonte tant sur la cavité cotyloïde que sur l'épiphyse fémorale. Dans la plupart des cas les destructions sont profondes, depuis l'érosion et la crènelure jusqu'à la déformation complète.

Dans la majorité des radiographies que nous avons pu étudier, outre les *LESIONS CARTILAGINEUSES* traduction banale de l'*ARTHRITE*, nous avons découvert des extrémités de fémur méconnaissables, des têtes

résorbées à peu près entièrement, ou des cols réduits à des appendices informes; affectant des silhouettes de becs d'oiseaux ou de gargouilles décapitées; des cotyles déformés, détruits et souvent même perforés (MÉNARD 39 %) semblables à des godets, à des nids ou à des criques découpées et profondes comme des calanques.

Généralement c'est à la partie postéro-supérieure au toit du cotyle que prédomine le processus ulcératif.

Chez bon nombre de sujets on décèle encore la présence de séquestres, au niveau du cotyle ou de l'ischyon. Nous n'en avons observé qu'un cas. On peut aussi citer ici les déformations réalisées au niveau de l'articulation coxofémorale par les formes hypertrophiques décrites par GRAFFIN. Nous en avons noté un cas où la tête fémorale était nettement augmentée de volume. Mais le processus destructif est la généralité.

C'est de la profondeur des délabrements osseux que dépendra le pronostic fonctionnel. Ce qu'il importe de démontrer c'est la fréquence des destructions notables. L'étude de nos observations prouve bien, — comme le rapport de JACOVICI qui prétendait au Congrès de Thallasothérapie de Berck 1931 — que sur 100 cas de coxalgies observées à Cluj (Roumanie) 78 % arrivent à une période trop tardive de leur évolution (1) que dans la majorité des cas la coxotuberculose a dépassé la phase de flou articulaire et de pincement radiographique lorsque l'on confie le malade au praticien ou au spécialiste.

1° On ne manquera pas de rapprocher ces chiffres de ceux d'HENDERSON de Rochester (U. S. A.), qui déclare que 70 o/o des cas qu'il a traités sont arrivés en période tardive de leur évolution.

E) De l'ankylose

Si la coxalgie n'était pas considérée comme une affection très sérieuse (ce que malgré tout on ne fait pas généralement, même si l'on a l'air de la traiter en parent pauvre). La terminaison par l'ankylose en aggraverait considérablement le pronostic. Mais au contraire l'arrêt du processus destructif par l'*IMMOBILISATION COMPLETE* de l'*ARTICULATION* est le pis-aller, *ABOUTISSANT HEUREUX* d'une lésion qui était jadis beaucoup plus mutilante.

On peut maintenant dire qu'elle est la règle. C'est encore le triomphe de la méthode conservatrice que de l'avoir rendue à peu près systématique.

Contrairement à ce que l'on croit elle est très souvent osseuse et la radiographie l'affirme dans de nombreux cas. Pourtant NOVE JOSSEKAND prétend que *presque toujours du moins chez l'enfant la soudure est fibreuse et résulte moins de l'adhérence des surfaces articulaires que de la rétraction de tous les tissus péri-articulaires, des aponévroses et même, d'après LORENTS, du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.*

Le grand orthopédiste américain HILS avait si bien reconnu les bienfaits de l'ankylose, qu'il décrétait que : « le meilleur traitement pour une articulation tuberculeuse est d'être ankylosée et le plus tôt sera le mieux. » Basant même plusieurs publications sur des statistiques extrêmement fournies il en est arrivé en préconisant l'ankylose précoce à prononcer un réquisitoire très sévère contre la méthode conservatrice, prétendant que des malades revus *PLUSIEURS ANNEES* après leur sortie de l'hôpital ou de la clinique privée, présentaient encore des *LESIONS EN ACTIVITE*.

Il ne nous appartient pas de situer un problème qui a eu un retentissement dans le monde entier. Nous constaterons simplement l'appoint qu'apporte cette statistique à l'établissement de la longueur de l'évolution de la coxalgie, de la fréquence des rechutes ou plutôt des *REACTIVATIONS LOCALES* et du besoin de faire le plus rapidement possible cette part du feu qu'est l'ankylose dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche.

Mais si l'on hésite souvent à intervenir pour réaliser l'ankylose par arthrodèse, on est parfois obligé de réduire chirurgicalement des ankyloses en mauvaise position. Chez l'adulte surtout, dont il ne faut pas contester la très haute gravité de la coxalgie traitée à l'hôpital par des moyens orthopédiques, la mortalité est très grande (LECENE, Chirurgie osseuse). Nous n'envisageons pas ceux-ci au point de vue thérapeutique, mais seulement pour porter un grief de plus de gravité.

Car plusieurs auteurs ont démontré le *ROLE NEFASTE* de l'*INTERVENTION CHIRURGICALE* dans la coxalgie. La statistique de VIGNARD (Lyon) citée au congrès de Thalassothérapie de 1931, portant sur 47 cas de coxalgie chez l'enfant signale 14 décès, dont 4 seulement sont survenus tardivement, les dix autres étant imputables à l'opération. Nous aurons l'occasion d'étudier cette mortalité post-opératoire dans un paragraphe ultérieur. Il faut tout de même dire à propos de l'ankylose chirurgicalement provoquée que sur sur les 47 cas 16 cas ont été fistulisés et que sur 16 fistuleux 6 ont guéri rapidement, 6 ont été suivis de mort, 4 persistent sept ans après l'intervention.

En Amérique la statistique de WILSON, Los Angeles,

donne 63 % de fistules post-opératoires, celle d'HENDERSON 29 %.

Il n'en demeure pas moins que certaines ankyloses fixent des attitudes si vicieuses qu'elles nécessitent l'ostéotomie pour corriger des adductions ou abductions, des flexions, des rotations externes, ou internes incompatibles avec la marche.

SOUHAITABLE lorsqu'elle se fait en bonne position par un traitement orthopédique bien conduit, l'ankylose en position vicieuse aggrave le pronostic de la coxalgie en motivant une intervention chirurgicale pleine de risque pour le malade par suite des complications par fistules fréquentes après l'ouverture même prudente du foyer.

Recherchée, c'est tout de même l'ankylose qui fait du coxalgique même guéri un demi-impotent.

F) *Des déformations du Bassin*

LE BASSIN COXALGIQUE

Dans l'établissement du pronostic à distance il faut accorder une grande part à la formation du bassin coxalgique, déformation du bassin normal, survenant surtout dans les ostéo-arthrites de l'enfance. Nous regrettons de n'avoir pu donner les pelvimétries des malades que nous présentons, mais nous ne pouvions passer sous silence le retentissement de la coxotuberculose sur l'excavation pelvienne.

Depuis la thèse de CHALOCHE (Paris, 1901) on a fréquemment décrit les destructions de la symétrie pel-

viennent par l'ostéo-arthrite tuberculeuse, ainsi que les destructions et les déformations anatomiques au niveau de l'hémi-bassin lésé par les répercussions des lésions fémorales et cotyloïdiennes. Là aussi l'atypisme des divers cas se manifeste.

C'est : 1°) le *BASSIN « COUCHE »* ou simplement atrophique dans lequel le côté le plus petit est celui qui correspond à l'arthrite par suite de l'arrêt de développement.

2°) Le *BASSIN « DEBOUT »* dont le type le plus fréquent est la forme pseudo-oblique ovale avec aplatissement du côté sain qui n'a aucun rapport avec le bassin oblique ovale de NÆGELE, toujours atrophie du côté de l'arthrite et aplati du côté sain, à l'exception des cas où l'ankylose s'est faite en abduction, ce qui est rare.

Le retentissement des perturbations osseuses au niveau de l'acetabulum forme des ostéo-phytes plus ou moins développés.

C'est un nouveau facteur de gravité que cette déformation pelvienne qui est la règle, et chez les femmes elle aggrave assez souvent le pronostic de l'accouchement, obligeant l'obstétricien à recourir à la césarienne dans un certain nombre de cas. (Or il ne faut pas ignorer qu'avant la généralisation de cette intervention la mortalité maternelle variait de 3 à 15 %, la mortalité fœtale étant de 33 % en moyenne). Bien que d'autres méthodes aient encore permis d'en améliorer le pronostic dans les cas extrêmes, l'accouchement restant habituellement possible chez la plupart des coxalgiques, on ne peut passer sous silence le possible retentissement de la coxalgie sur la gestation.

Mais il faut ajouter que l'on n'observe guère de déformations pelviennes notables dans les coxalgies apparues après 10 ans et dans les cas qui ont été surveillés, la marche n'étant permise qu'à bon escient. Là encore la précocité du dépistage joue un rôle important.

G) *Des attitudes vicieuses du genou*

Le début par la gonalgie n'est pas la seule traduction de coxotuberculose sur le genou.

TIXIER a étudié magistralement la série des modifications provoquées dans les périodes plus avancées par le processus coxalgique au niveau de cette articulation.

C'est : le *GENOU PLAT* plus apparent que réel, provoqué par l'atrophie générale du membre, la réduction des parties molles et du squelette à ce niveau.

Le *GENU RECURVATUM*, angulation à sinus ouvert en avant de la jambe sur la cuisse, que LANNELONGUE appelait renversement de la jambe, troublant profondément la mobilité de l'articulation en créant surtout à son niveau des mouvements de latéralité que l'on observe chez bon nombre de malades et auxquels on peut facilement remédier. D'où la fréquence des entorses du genou chez les coxalgiques guéris, par laxité ligamentaire habituelle au cours de la reprise de la marche.

Le *BACK NEE* des anglais, genou en arrière, véritable déformation tibiale du même ordre que les déformations rachidiennes de compensation.

Le *GENU VALGUM* moins imputable à la coxalgie elle-même qu'à la mauvaise application des appareils

immobilisateurs, à l'application de l'extension continue sur la jambe et non sur la cuisse, et surtout au lever précocce. C'est aussi à cette déformation qu'il faut attribuer les hydarthroses à répétition et les fréquentes entorses citées plus haut.

En somme ces répercussions de la coxalgie sont indirectes et bien souvent l'orthopédiste peut y remédier. Rien n'est plus difficile lorsque la déformation est fixée. Il faut encore déplorer à ce propos l'arrivée tardive du malade, le traitement par un praticien peu averti et surtout le fait de confier la coxalgique à un rebouteux.

De toutes ces déformations du genou, c'est le genu recurvatum que l'on observe le plus fréquemment.

H) *De l'atrophie et du raccourcissement*

La coxalgie provoquant des troubles si graves dans l'articulation coxo-fémorale il est évident que le membre lui-même est généralement atteint. Aussi l'atrophie musculaire ne tarde pas à apparaître. Elle est si rapide si précocce, qu'on l'observe habituellement chez tous les malades que l'on examine au début. D'abord discrète, elle atteint vite un stade de fonte musculaire que l'on évalue facilement sans l'aide de la mensuration; on constate même des troubles dans la trophicité cutanée: la peau est épaisse, infiltrée, et les muscles pâles et déformés.

L'immobilisation plâtrée et l'évolution de la maladie n'arrangent pas les choses et l'atrophie s'accroît de mois en mois. Il va sans dire qu'elle n'atténue pas le

pronostic fonctionnel. Souvent même il est difficile pour ne pas dire impossible de rétablir le volume normal de la cuisse et de la jambe du membre dont la hanche a été la localisation de bacille tuberculeux.

Tous les troubles dystrophiques se manifestent aussi par le raccourcissement; la boiterie d'abord due à la souffrance traduit l'usure de la tête fémorale et du cotyle, les attitudes vicieuses et l'atrophie du squelette.

Parfois à une certaine période de l'évolution on constate au contraire un allongement atrophique surtout noté du côté du fémur. Mais il n'est que passager: les quelques millimètres de cette hyperplasie font bien vite place à un raccourcissement du fémur et du tibia qui atteint 4 à 5 cm. dans la moyenne des cas graves à évolution prolongée. Dans les coxotuberculoses de la première enfance, l'arrêt de croissance par carence ajoute encore aux troubles trophiques dus à l'atteinte de l'état général, et le raccourcissement est la règle.

C'est en traitant ces attitudes vicieuses que l'on remédie efficacement aux raccourcissements qui leur sont dûs, mais on ne peut rien vis-à-vis de l'ascension du trochanter et à plus forte raison contre l'atrophie générale.

Tous ces phénomènes se fixent et bien souvent la claudication que la coxalgie entraîne est le fait d'un raccourcissement important. Nous en avons observé de 10 cm. et dans une coxalgie ancienne un de 15 cm.

Il est évident que le *RACCOURCISSEMENT* aggrave considérablement le pronostic fonctionnel de la coxalgie car elle oblige le malade chez qui elle l'a laissé en reliquat à des compensations pelviennes et rachidiennes qui ne lui permettent jamais malgré une anky-

lose solide et presque absolue de dissimuler les attitudes vicieuses et de marcher sans peine, sans douleur, sans allure vraiment disgracieuse et sans fatigue.

2) COMPLICATIONS MOINS FRÉQUENTES

a) *Des rechutes et récidives*

Les lésions et leurs traductions qui précèdent font partie de la symptomatologie des formes encore habituelles de la coxotuberculose. D'autres complications peuvent être considérées comme telles étant moins constantes ou même franchement rares.

A propos des rechutes et des récidives de la coxalgie on ne saurait ne pas répéter la phrase de Léon BERNARD « *La notion de guérison en matière de tuberculose offre un sens assez particulier. Il s'agit plus rarement de guérison anatomique avec destruction certaine et définitive du germe; on est en face dans la majorité des cas, de guérison dites cliniques, c'est-à-dire d'arrêts de la maladie toujours susceptible de reprendre de l'activité.* »

J. CALVÉ auquel nous nous reportons souvent au cours de cette vue d'ensemble a déterminé (*Marseille Médical*, Avril 1929) comment il ne faut pas confondre les « *rechutes successives* » et les « *arthrites à deux temps.* » La discrimination est facile à faire avec un recul de quelques années.

On observe tous les types, depuis *LA COXALGIE à DEUX TEMPS* où l'on constate l'arrêt du cycle destructif pendant quelques mois pour reprendre son

EVOLUTION par la suite, jusqu'aux coxalgies que l'on estime *GUERIES* ou du moins *FIXEES*, et qui reprennent leur *ACTIVITE* après avoir présenté tous les symptômes de l'*EVOLUTION TYPIQUE* et avoir laissé espérer un résultat favorable par une bonne ankylose, jusqu'aux *COXOTUBERCULOSES* qui ont une *SECONDE EVOLUTION LONGTEMPS APRES* la première.

A quoi sont donc dues ces rechutes et ces récidives ? Il est souvent difficile de l'établir. Elles sont toujours la *TRADUCTION* de *LA PERSISTANCE* de « l'ennemi de dedans » le coxalgique restant toujours un tuberculeux. Il suffit que l'équilibre plus ou moins stable entre le bacille de Koch et l'organisme soit rompu par une atteinte de l'état général pour que réapparaisse la lésion locale qui en apparence guérie couve toujours. D'autres fois c'est une nouvelle localisation qui se déclare, Mlle J. FREY a établi des statistiques tendant à démontrer que dans les milieux ouvriers où les conditions d'hygiène, de nourriture, de fatigue sont défectueuses, il n'est pas rare qu'apparaissent de nouveaux foyers osseux et surtout des localisations viscérales, pulmonaires, génito-urinaires ou (les plus graves de toutes) méningées. Nous examinerons celles-ci par ailleurs.

Elles dénotent aussi lorsqu'elles sont dites rechutes une reprise prématurée de l'activité totale, la déficience de l'état général étant toujours imputable.

Dans de nombreux cas de rechutes ou de récidives on invoque le traumatisme. C'est l'enfant qui brise son plâtre alors que l'on est sur le point de l'en libérer, c'est le coxalgique rendu à l'activité qui fait une chute

à califourchon, c'est celui qui a reçu « un coup » sur la hanche atteinte.

Ce rôle du traumatisme (G. BOSVIEUX, thèse de Paris, 1937) controversé parcequ'il retarde souvent la consultation qui permettrait de dépister précocement la coxalgie, en faisant mettre la douleur et la boiterie sur le compte d'un coup ou d'une chute par les parents de l'enfant ou le malade lui-même, paraît évident dans la récurrence ou la rechûte. A ce moment là il favorise au contraire la reprise du traitement car il attire l'attention sur un foyer toujours susceptible de reprendre son activité.

Dans les cas que nous avons étudiés, on l'a toujours signalé, ce qui ne veut pas forcément dire qu'il a été la raison primordiale de la reprise de la coxotuberculose.

En tous cas il n'est pas rare de voir la coxalgie se manifester à nouveau alors qu'on l'avait déjà oubliée.

Cette possibilité de *REACTIVATION*, traduction de la mise en infériorité de l'hôte par le parasite, remise en liberté, selon BOQUET, des bacilles fixés par les phagocytes ou encerclés dans les follicules, dans le cas de la tuberculose pulmonaire, qui reprennent in situ de leur « *ACTIVITE VEGETATIVE* », aggrave encore le pronostic de distance de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche.

b) *De l'infection secondaire des trajets fistuleux*

En transformant la tuberculose fermée en tuberculose ouverte, la fistulisation noircit considérablement l'avenir du coxalgique, dont le foyer s'ouvre à la peau.

C'est cette crainte qui a pu faire dire que le bistouri dans l'abcès tuait presque aussi sûrement que le coup de poignard dans l'abdomen.

Car la fistule ouvre la porte à tous les microbes pathogènes. L'infection du foyer tuberculeux par les agents pyogènes de l'infection secondaire, toujours à redouter dans les coxalgies ouvertes, transforme la symptomatologie, le diagnostic et aussi le pronostic de la lésion.

Cette infection peut être bénigne et la cure solaire jointe à la régularité et à l'asepsie des pansements et des soins en a alors vite raison.

Malheureusement dans la majorité des cas le foyer secondairement infecté ajoute de nouvelles et angoissantes craintes, car il ne guérit pas spontanément. La fièvre s'allume, de nouveaux clapiers sont poussés de tous les côtés de l'articulation par les nouveaux microbes qui ajoutent leur pouvoir destructeur à celui du bacille de Koch. L'état général ne tarde pas à périlcliter et une autre sépticémie s'ajoute à la tuberculose. Ce n'est plus le sort du membre qui est directement en jeu, c'est la vie du sujet. Il n'est pas rare que la cause de la mort soit la fistule infectée secondairement.

Souvent sans en arriver jusque là, c'est l'ostéomyélite qui s'ajoute à la coxo-tuberculose. L'infection retarde toujours, le tarissement des fistules et agit de façon néfaste sur l'état général du malade. Le traitement lui-même est modifié par l'apparition de cette maladie nouvelle. L'orthopédiste doit céder le pas au chirurgien. Doit-on répéter avec RICHARD (*Paris Médical*, 18 juin 1932) que l'acte chirurgical ne fait qu'aggraver la coxalgie, et citer à nouveau le retour sur lui-

même du D^r VIGNARD de Lyon, déplorant les castastrophiques suites opératoires des interventions pratiquées sur des foyers en pleine évolution ?

c) *Des localisations nouvelles*

Traduisant encore la présence de « *L'ennemi du dedans* » et sanctionnant même de nouvelles défaites de l'organisme, de nouvelles localisations du bacille de Koch s'observent souvent au cours de la coxalgie et aussi après la guérison.

MENARD a décrit les petits enfants « *polytopes* ». Mlle JEANINE FREY est arrivée à la proportion de 24 % de mortalité dans la classe ouvrière soit par méningite, soit par phtisie pulmonaire.

On observe particulièrement des tuberculoses urinaires, des pyelo-néphrites et cystites bacillaires, des maux de Pott, des arthrites du genou, des péritonites. En somme, toutes les manifestations concomitantes ou successives à « l'auto-inoculation ».

Dans les cas que nous avons observés, les nouvelles localisations sont apparues au cours du traitement. Mais nous nous garderions bien de tirer des déductions statistiques de ces observations. Nous ne faisons que constater au point de vue documentaire et pour établir la gravité du pronostic de la coxalgie. Il est certain que tous les malades dont nous avons étudié l'évolution passagère sont à la merci d'une manifestation nouvelle de la symbiose du B. K. et de leur organisme. *CE DAN-GER EST A CONSIDERER DANS L'ETABLISSEMENT DU PRONOSTIC DE LA COXO-TUBERCULOSE.*

d) *De la coxalgie double*

Parmi les complications de la coxo-tuberculose, il en est une qui, pour ne pas être très fréquente, n'en est pas moins importante. C'est la *COXALGIE DOUBLE*, qui a fait le sujet de la thèse de J. CALVE (Paris, 1903) et qu'a particulièrement étudiée VIGNARD qui en a compté 4 cas sur 300. LOUIS ALLARD, dans son rapport à la réunion annuelle de la Société française d'orthopédie, déclare qu'elle complique 6 à 8 % des coxalgies, et que c'est plus une maladie de l'enfant et de la fille, que de l'adulte et du garçon (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. 24, n° 5, septembre 1937).

Habituellement, comme dans les cas que nous citons, les deux localisations ne débutent pas simultanément, mais plutôt à quelques mois d'intervalle; parfois même la première coxalgie est complètement guérie quand la seconde s'installe.

Le pronostic de la bilatéralité est très grave et c'est la mort qu'il faut surtout redouter (10 à 12 % de décès), car elle dénonce un terrain par trop favorable au bacille tuberculeux. L'état général est profondément atteint. Les doubles coxalgiques présentent toujours des abcès surtout du côté où a débuté l'atteinte.

La *GUERISON* affecte trois *FORMES* :

- 1°) avec ankylose bilatérale en bonne position ;
- 2°) avec pseudarthrose lâche ou luxation bilatérale ;
- 3°) avec ankylose en bonne attitude d'un côté et pseudarthrose de l'autre.

Dans le premier cas, que VAN HÆLSTT (*Revue d'Orthopédie éd.*) conseille d'éviter par tous les moyens, la marche se fait avec les genoux déviés en valgus, la laxité ligamentaire étant exagérée. C'est l'impotence presque complète, le sujet se déplaçant lentement et péniblement, en s'aidant de cannes et ne pouvant s'asseoir que difficilement. C'est un infirme dont les soins de toilette, la défécation, la miction, les fonctions sexuelles sont très gênées.

Lorsqu'il y a pseudarthrose bilatérale, la marche et la station debout sont disgracieuses, pénibles et ne peuvent se prolonger.

C'est encore la troisième éventualité qui gêne le moins le malade; la gêne fonctionnelle étant moins importante; la marche, la station assise étant rendues moins pénibles par certaines attitudes.

Dans les cas de coxalgies doubles, on doit souvent avoir recours à l'ostéotomie, car l'ankylose bilatérale est la terminaison la moins souhaitable. Si on ne peut l'éviter, on devra l'obtenir en abduction à 15 degrés et en extension presque complète. Mais il faudra aussi remédier à la pseudarthrose bilatérale en ankylosant un des côtés par arthrodèse extra articulaire.

La *CACHEXIE* étant habituelle, le pronostic opératoire est très sombre. Lorsqu'ils franchissent le cap de l'intervention, les coxalgiques sont exposés plus que tous les autres à la mort par tuberculose.

L'un des cas que nous citons était bénin, l'évolution ayant affecté le type cylique de MENARD. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et la bilatéralité est une complication très grave de la coxalgie. TAVERNIER, CUILLERET, INGELRANS et VANDŒUVRE ont insisté sur ce fait tout dernièrement.

e) *De la mort*

Malgré les progrès considérables réalisés dans le traitement de la coxalgie, on ne peut empêcher certaines formes graves d'évoluer vers la terminaison par l'existus. Dans le pronostic de l'ostéo-arthrite seule, on ne peut considérer que les décès qui sont survenus au cours de l'évolution, car les terminaisons fatales par la suite sont à mettre sur le compte de l'*ATTEINTE GENERALE*.

On sait que les statistiques officielles des divers pays accusent une mortalité singulièrement élevée par la tuberculose ostéo-articulaire. Nous avons dit au début la part qui revenait à la coxalgie.

En Italie en 1932, on signalait 2.354 décès dûs au mal de Pott, à la coxalgie ou à la tuberculose du genou, en Roumanie 1.375, en France 2.500.

Dans le courant de l'évolution, l'atteinte de l'état général est telle que la mort survient parfois sans qu'aucune autre localisation ait été décelée. Mais c'est la méningite et la tuberculose pulmonaire qui tuent le plus souvent au cours du traitement ou par la suite.

Nous sommes persuadé qu'un certain nombre d'enfants dont nous publions les observations ont disparu sans que leur décès nous ait été signalé.

Car les bilans de nos hôpitaux n'ont que la valeur des feuilles de comptabilité administrative. Ils tiennent en trois colonnes: celle des entrées, celle des séjours, celle des sorties. Bien souvent les sortants sont des moribonds que leurs familles emportent. Autant de décès qui échappent aux statistiques.

Il s'agit tout de même de savoir si la mort est due à la *TRADUCTION LOCALE DE L'IMPREGNATION BACILLAIRE* ou à la *TUBERCULOSE ELLE-MEME*. Dans le cas où elle survient au cours de l'évolution, c'est à la période critique où l'état général est chancelant.

Mais même si la lésion ostéo-articulaire n'est que l'indice de début, que la manifestation de la rupture de l'équilibre entre le bacille de Koch et l'organisme, c'est encore le plus terrible grief de gravité que l'on peut porter contre elle. Car la coxalgie tue, la plupart du temps parce que l'on a méprisé ses premiers symptômes. Qu'elle le fasse en minant à l'extrême l'état général par ses fistules secondairement infectées ou en contraignant à une intervention aux suites dangereuses, elle tue aussi parce qu'elle est une manifestation tuberculeuse, chez un sujet tuberculeux, qui restera tuberculeux et mourra comme tel.

C'est pour cette raison que l'on ne saurait établir de statistiques. PASTEUR a dit qu'il n'y avait pas de maladies, mais des malades. Il en est ainsi pour la coxalgie et cela à plus forte raison, parce que le cycle typique en est l'exception, et parce qu'elle est essentiellement polymorphe. Le pronostic mortel à distance ne doit être envisagé que comme celui de la tuberculose. Seule importe la mortalité dans le courant de l'évolution. Elle est sûrement plus élevée que ne le laissent croire les chiffres de CALVE (2,5 %), car tous les coxalgiques ne sont pas pris au début et traités dans des centres aussi spécialisés que ceux de Berck-Plage ou de Palavas. Dans une étude faite à Marakierke, près d'Ostende (Belgique), on signale qu'en milieux urbains c'est 25 %

des coxalgiques qui meurent avant que les phénomènes locaux rentrent dans l'ordre, tandis que la proportion est abaissée à 6 % à la mer. C'est à de semblables conclusions qu'arrivent les spécialistes de la Côte Dalmate (Youcoslavie), des bords du lac de Sabolat (Roumanie), du Lido de Venise (Italie), et des divers centres du monde entier.

Dans des conditions particulières les chiffres deviennent anormaux. C'est le cas des 75 % de décès en 3 semaines et un mois, chez les noirs de l'A. O. F. transplantés en France (BOTREAU-ROUSSEL).

Oscillant entre 3 et 8 % le déchet est considérable. et il ne faut pas craindre de déclarer que la coxalgie n'est pas qu'exceptionnellement mortelle.

CHAPITRE TROISIÈME

DES FACTEURS DE LA GRAVITE

En étudiant l'historique de l'ostéi-arthrite tuberculeuse de la hanche, dont le pronostic s'est tout de même considérablement amélioré depuis les travaux de BONNET, de VERNEUIL, de JALAGUIER, de LANNELONGUE, etc., en France; de VOLKMANN, en Allemagne; de THOMAS, en Angleterre; de SAYRE, aux U. S. A., et surtout depuis l'institution de la méthode conservatrice et les études de MENARD, on est obligé de se persuader que sa gravité s'atténue d'année en année, car on tend à ne plus la considérer avec la tuberculose ostéo-articulaire comme la « Cendrillon de la Tuberculose ».

Et pourtant la coxalgie continue à faire des demi-impotents, pour des raisons qu'il est facile d'établir. Dans les coxotuberculoses graves il y a toujours une erreur initiale qui a fait bifurquer l'ostéo-arthrite bénigne ou plutôt la coxalgie à évolution cyclique (type MENARD).

La première raison à invoquer est le *DIAGNOSTIC TARDIF*. On ne reconnaît la tuberculose que lorsqu'elle a détruit presque entièrement l'articulation, lorsqu'elle a perturbé la fonction du membre. La faute en incombe la plupart du temps à l'entourage ou au malade lui-même.

C'est un enfant qui boîte ou qui souffre, les parents pensent d'abord à cette fameuse douleur de croissance pour laquelle on ne « dérange » jamais le médecin. Ils attribuent la souffrance ou la boîterie à une chûte, à un traumatisme et les jours passent tandis que la tuberculose poursuit son action destructive. Le rhumatisme est souvent incriminé. L'adolescent ou l'adulte y pensent volontiers ainsi qu'à la sciatique. Ils les croient rebelles, et au bout de quelques mois, la tuméfaction et la rougeur, premières manifestations de l'abcès, finissent par les persuader qu'il se passe quelque chose de plus grave dans leur hanche. La fistule est prête à poindre à la peau lorsque leurs parents ou eux-mêmes se rendent chez le praticien ou chez le spécialiste.

Ce retard n'est alors qu'un moindre mal, car le médecin n'est pas toujours le premier consulté. Dans les campagnes, notamment, circulent des bréviaires de la médecine populaire, qui prêtent main forte au terrible bacille. Nous avons découvert dans l'un d'eux cette thérapeutique simpliste de la coxotuberculose. Nous ne pouvons nous empêcher de la transcrire.

« Pour la coxalgie rien ne peut remplacer notre Liqueur d'or Triple Force n° 2, que vous pouvez préparer vous-mêmes; combinée avec notre traitement n° 1, c'est le traitement le plus parfait, celui qui donne les meilleurs résultats. (Les plan-

tes et leurs vertus, par le Dr L. CAFFORD, lauréat de la faculté des Sciences). Le traitement n° 1 est « dépuratif, digestif, apéritif) ».

Ce n'est qu'un exemple parmi des milliers. L'essai s'effectue entre la *DOULEUR PERSISTANTE* et la *BOITERIE*, premiers symptômes d'une évolution déjà avancée, et la fistule.

Quand ce n'est pas une voisine qui conseille l'application de cataplasmes ou l'onction avec une huile de composition bizarre, c'est un spécialiste dont la thérapeutique est souvent plus extraordinaire que celle des sorciers des peuplades les plus arriérées de l'Afrique. Ceux-là cependant ne se parent pas de titres ronflants. La quatrième page de nos journaux révèle chaque jour de nouveaux spécialistes de la coxalgie : les charlatans, si bien nommés, les bâtards d'Esculape » qui ont plus de prétention et aussi plus de cynisme.

L'interrogatoire nous signale souvent leur intervention. Sous prétexte d'éviter au malade cette gangue qu'est le plâtre, ils n'immobilisent pas, ou s'ils le font ils le font mal. *LES ATTITUDES VICIEUSES NE TARDENT PAS A APPARAÎTRE*, précédant l'abcès et la fistule. Ce qui est plus grave c'est qu'ils traitent souvent sous le couvert de la Médecine légale et qu'ils peuvent se considérer comme nos confrères.

Parfois c'est le médecin lui-même qui ignore et qui se contente d'ordonner le repos au lit, sinon le massage et la mécanothérapie. C'est ce qui motive le souhait de RICHARD qui voudrait que nos confrères soient mieux renseignés.

A l'ignorance et au mépris, la coxotuberculose oppose son *OPINIÂTRETÉ DANS LA DESTRUC-*

TION. Ce sont les quelques mois pendant lesquels on la néglige qui accentuent la gravité de son atteinte et qui allongent la durée de sa lutte avec l'organisme. Le retard du dépistage est son auxiliaire le plus précieux.

C'EST DE LA RAPIDITE D'ACTION CONTRE LES PHENOMENES DESTRUCTIFS QUE DEPEND SON PRONOSTIC.

C'est aussi des conditions dans lesquelles est appliqué le traitement. *LA MOINDRE FAUTE MODIFIE LA NATURE DE L'EVOLUTION*. C'est le praticien qui est le maître de la lésion de tuberculose ostéo-articulaire. Bien des fois un amour-propre déplacé lui fait garder le malade par devers lui, alors qu'en l'état actuel des connaissances, seul le grand centre climatique spécialisé permet l'évolution cyclique, et partant, la guérison, avec le minimum de complications, de la coxotuberculose. Il ne s'agit pas d'un abandon total, mais d'un déplacement du malade, confié à un spécialiste, dans des conditions particulièrement favorables. Le médecin de famille n'est pas tenu à l'écart. Il reste le seul juge du traitement. Son obstination à vouloir traiter une lésion qui demande des soins spéciaux, souvent décevants, et des conditions climatiques particulières, est souvent le facteur qui aggrave la coxalgie.

DE PLUS, CE N'EST PAS DANS SA FAMILLE, QUE LE COXALGIQUE PEUT ETRE UTILEMENT TRAITE, du moins dans beaucoup de milieux. La comparaison du pourcentage du décès dans la Flandre maritime et au sanatorium marin de Marakierke, (25 % et 6 %) prouve bien que le soleil et la brise marine n'ont d'effet que lorsqu'on leur associe

un soin particulier dans le traitement que ne peuvent apporter des profanes.

Mais, dans les stations hélio-marines, on ne réalise pas des miracles. Les malades qui arrivent après une longue évolution et un traitement insuffisant n'échappent pas aux complications graves. Les fistules se tarissent souvent, mais elles persistent longtemps avant de disparaître. Seules la continuité des soins et la science et la conscience de ceux qui les prodiguent peuvent en venir à bout. Or, il n'y a pas qu'aux Etats-Unis que les coxalgiques arrivent fistulisés. Il en est ainsi dans toutes les parties du monde. Nous avons vu que sur 100 coxalgiques examinés en 1911 à Berck, 25 % étaient arrivés fistuleux et 38 % en mauvaise attitude (*Congrès international de la Tuberculose*, Rome 1912) et que, d'après le rapport DELAHAYE (*Congrès international de Thalassothérapie*, Berck 1931):

Sur un ensemble de 379 coxalgies, il a dû être procédé quelques temps après leur arrivée à Berck à:

47 ostéotomies,

34 résections de la hanche,

7 désarticulations.

Le même auteur signale que sur 67 coxalgies, 10 arrivent fistuleuses, ce qui est inférieur aux chiffres notés dans la région languedocienne.

Il n'y a pas que certains praticiens qui s'obstinent à garder des coxalgiques dans un milieu peu favorable à leur guérison. Ce sont parfois des chirurgiens de villes que l'on ne saurait considérer comme des stations climatiques, car le soleil y est rare ou pâle, villes situées trop à l'intérieur des terres pour que l'influence marine puisse s'y faire sentir; qui gardent

confinés dans des services hospitaliers des malades sur lesquels la cure héliο-marine agirait rapidement et efficacement. C'e n'est que lorsqu'apparaissent les complications et la cachexie qu'ils s'en débarrassent comme à contre-cœur. Il n'est pas exagéré de dire que les sanatoria sont trop souvent considérés comme les dépotoirs des hôpitaux de l'intérieur.

C'est pour cette raison que l'on ne saurait déduire des chiffres des observations que nous présentons. La coxalgie est une maladie grave, mais son pronostic normal se trouve aggravé par l'ignorance de ceux qui négligent l'efficacité d'un traitement précoce, dans des centres spécialisés, aussi favorables à la guérison que ceux des rivages baignés de soleil et de brise marine et des hauteurs où les radiations ajoutent leurs vertus curatrices à la pureté de l'air. (ROLLIER à LEYSIN, CAPELLE à Odeillo).

La *LONGUEUR DÉSESPÉRANTE* de l'*EVOLUTION* et partant du traitement, contribue aussi très souvent à aggraver des formes dont on serait venu à bout sans avoir à déplorer des reliquats mutilateurs. Combien de fois les parents sont impatients de reprendre leurs enfants ! Combien de malades traités à temps et dont aurait pu espérer la guérison sans grand dommage, sont des « oiseaux de passage » ! Les parents ne se résignent souvent pas à vivre aussi longtemps séparés de leur petit malade. Ils interrompent une cure, qui lentement mais sûrement prenait le dessus sur une atteinte tenace, et font ainsi le jeu de l'agent destructeur.

C'est l'ennui, le spleen, l'indiscipline chez les classes aisées que n'inquiètent pas les soucis d'argent,

qui font sacrifier un avenir au moral de quelques mois. Dans la classe moyenne, ce sont les difficultés matérielles. La coxalgie est une maladie onéreuse à cause de sa durée. Au fond, ce sont les coxotuberculeux indigents qui sont les mieux placés. Les coxalgiques de l'Assistance Médicale gratuite, lorsqu'ils sont traités dès le début (et chez eux le dépistage se fait souvent précocement) présentent souvent les évolutions les plus rapides et les plus bénignes.

C'est là que l'éducation du public est à faire. Il faudrait que le riche se persuade de ce que la gravité de l'arthrite tuberculeuse de la hanche est telle, que, les considérations matérielles sont bien peu de chose au regard des risques encourus par ceux qui en sont atteints et qu'il vaut mieux endurer de longues heures d'ennui ou de séparation, qu'aggraver une impotence inévitable ou risquer la mort du coxalgique.

C'est un problème qui est angoissant pour les classes moyennées, celles des petits rentiers, des petits commerçants, des petits fonctionnaires dont les ressources s'épuisent vite. Les frais de clinique, de pension, le manque à gagner chez l'adolescent ou l'adulte, contraignent souvent à continuer « à la maison » loin d'un centre climatique spécialisé, un traitement qui ne donne alors que des résultats aléatoires. Dans les villes, les malades sont suivis, mais l'influence salutaire du climat n'apporte plus son action adjuvante. La viciation de l'air, en agissant sur l'état général, paralyse les thérapeutiques les mieux ordonnées. A la campagne, les difficultés sont plus grandes. Le spécialiste ne peut être consulté que trop rarement et on ne manque pas de faire les fautes qui modifient

le pronostic; on attend longtemps à faire renouveler le plâtre qui s'est cassé, on ne voit pas l'abcès qui s'est formé sous l'appareil, on ne se décide que trop tard, sous la menace des complications, lorsqu'elles sont apparues.

La durée et les conditions particulières de traitement s'ajoutent à l'ignorance et à la bêtise pour aggraver une affection qui n'avait pas besoin de cela pour faire de ceux qui en sont atteints des demi-impotents. Le bacille de Koch a de nombreux alliés qui lui prêtent main forte. Il y a beaucoup à faire pour les lui enlever.

On se rend compte en somme qu'il suffirait de faire l'éducation de la foule en la persuadant que la tuberculose n'est pas qu'une maladie de l'appareil respiratoire, ce qu'elle ne réalise pas suffisamment; et que la coxalgie en est une manifestation qui ne le cède en rien à la phtisie pulmonaire; et qu'il serait capital d'insister sur la nécessité de l'institution précoce du traitement spécialisé dans la coxalgie, au cours de l'enseignement officiel.

Il faudrait aussi empêcher les irréguliers de nuire en abusant de la bonne foi de ceux qui croient à la possibilité d'un traitement rapide, et surtout mettre les séjours prolongés au sanatorium à la portée des fortunes moyennes. Dans beaucoup de cas, on arriverait à atténuer la gravité du pronostic de la coxotuberculose; car la cure spécialisée, précocement instituée et suivie pendant une durée convenable, met souvent le malade à l'abri des complications et des rechûtes.

100 CAS DE COXALGIE

Dans le but d'apporter notre contribution à la preuve de la gravité du pronostic de la coxalgie, nous avons recueilli 100 cas d'ostéo-arthrite relevés parmi les observations de l'Institut hélio-marin de Palavas-les-Flots (Hérault) et parmi les malades de la clientèle privée de notre maître, M. le Professeur AIMES.

Si souvent, les renseignements fournis ont été incomplets, nous avons toujours mis en évidence des facteurs de gravité, et nous avons été frappé par la fréquence des évolutions atypiques.

Etant donné les conditions présentes, qui font trop souvent des centres spécialisés des dépotoirs auxquels on ne confie que trop tard le malade, nous n'avons pas fait de statistique. Celle-ci, selon DISRAELI n'est-elle pas « *une des formes les plus graves du mensonge* » ? D'ailleurs il est facile de déduire sans additionner.

Parmi les cas de la clientèle de notre maître, il en est certain nombre de coxalgies anciennes, revues des années après l'arrêt des phénomènes destructifs, qui nous ont permis d'étudier les reliquats de la localisation bacillaire ostéo-articulaire.

Nous avons essayé de les présenter en faisant une sorte de gradation, depuis la coxotuberculose bénigne, jusqu'à celle qui aboutit à la mort. Nous nous sommes rendu compte de ce que les types intermédiaires étaient la plupart du temps excessivement graves par les retentissements fonctionnels et la modification de l'état général dûe au sérieux de l'atteinte.

Nous n'avons nullement choisi, prenant les observations au hasard des entrées ou des séjours et des consultations d'un chirurgien. Nous nous sommes mis dans les conditions de la pratique journalière pour démontrer l'erreur initiale et attirer l'attention sur la fréquence des coxalgies graves, selon la conception actuelle du public et du praticien.

OBSERVATIONS

M... Denise, 22 ans. Coxalgie droite.

Début: Il y a 12 ans. Coxalgie droite.

Traitement: Plâtre pendant 2 ans.

Résultats: **BONNE GUERISON** en flexion presque complète.

C... Yvon, 9 ans 1/2. Entre le 17 décembre 1935 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a dix-huit mois par boiterie.

Signes importants: Ankylose non douloureuse en extension et rotation interne très accusées sans add. ni abd. apparentes.

Radio: 6-3-36. Atteinte importante de la tête. Lésions destructrices prédominant sur la cavité cotyloïde. Aucune synostose complète.

Traitement: D'abord Hôpital Suburbain. Plâtre. Extension continue. Caleçon.

Résultats: **GUERISON** (15 juin 1937).

M... Charles, 10 ans. Entre le 15 juin 1934 pour coxalgie droite.

Début: Il y a un 1 an.

Signes importants: Flexion jusqu'à 90°. Légère hydarthrose du genou droit.

Radio: Légère décalcification du sourcil cotyloïdien. Pas de pincement. Ostéite discrète non évolutive.

Evolution: Amélioration nette dès le début de l'immobilisation.

Traitement: Extension continue, puis plâtres.

Résultats: *MARCHE* avec appareil orthopédique, 20 septembre 1936.

D... Armandine, 16 ans. Entre le 25 septembre 1930 pour coxalgie droite.

Début: Il y a un an par gonalgie et douleurs dans la hanche droite. Claudication.

Signes importants: Douleurs légères sur la tête. Aucune atrophie, pas de soulèvements spontanés. Douleur légère à la pression sur la tête.

Radio: 21-8-30. Coxalgie bénigne au début.

Traitement: Décubitus. Plâtre.

Résultats: *GUERISON RAPIDE* par rétrocession des phénomènes destructifs et fonctionnels.

D... Fernande, 24 ans. Examinée en janvier 1937 pour coxalgie gauche.

Début: Juillet 1936 par gonalgie. Seul symptôme pendant 1 an.

Radio: Fortes destructions de la tête et du cotyle.

Traitement: Plâtres successifs.

Résultats: En *BONNE VOIE DE GUERISON*.

(Professeur AIMES.)

M... Elise, 15 ans. Entre le 5 mai 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 2 ans.

Radio: Coxalgie en évolution avec tendance à l'ankylose.

Traitement: Extension continue (un mois). Plâtres pendant 2 ans.

Résultats: Guérison clinique en juillet 32 avec *TRES LEGERE LIMITATION* des mouvements.

P... Henri, 12 ans. Entre le 10 avril 1932 pour coxalgie droite.

Début: Il y a deux mois.

Signe important: Attitude vicieuse en flexion et rotation et rotation interne.

Radio: 20-11-32. Pincement articulaire, tête fémorale à contour irrégulier et estompé.

Evolution: Correction de l'attitude vicieuse. Tendance à l'ankylose.

Traitement: Plâtres.

Résultat: ANKYLOSE (passé le 15 mai 33, au Grau-du-Roi).

B... Jeanne, 19 ans. Entre le 30 juin 1926 pour coxalgie gauche.

Début: Douleur à la hanche gauche depuis un an.

Signes importants: Jambe en flexion.

Radio: Février 27. Début de coxalgie.

Traitement: Plâtre.

Résultats: Evolution durant 3 ans puis GUERISON par ankylose en bonne position.

P... Marie, 19 ans. Entre le 3 avril 1927 pour coxalgie droite.

Début: 4 mai 1927. Coxalgie confirmée par radio.

Signes importants: Douleur. Limitation des mouvements.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Guérison par ANKYLOSE EN BONNE POSITION dont seule persiste une douleur à la pression de la tête.

A... Albert, 12 ans. Entre le 12 juillet 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a trois ans.

Signes importants: Coxalgie en bonne attitude. Douleurs provoquées. Ankylose douloureuse. Atrophie légère.

Radio: 10-4-32. Pincement articulaire discret dans la moitié inférieure de l'articulation. Pas de déformation appréciable de la tête. Irrégularités du cotyle.

Traitement: D'abord décubitus puis plâtres 3 ans après le début. Cellulo de convalescent.

Résultats: Guérison clinique par **ANKYLOSE EN BONNE ATTITUDE**.

S... Marius, 8 ans 1/2. Entre le 5 août 1928 pour coxalgie gauche.

Début: Boiterie. Remonte à un an.

Radio: Forte destruction de la tête fémorale. Lésions du cotyle.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Guéri **SANS ANKYLOSE** (28-3-29).

S... Etienne. Entre le 10 avril 1926 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a un an.

Radio: Grosse lésion de la tête et du cotyle.

Signes importants: Pas de raccourcissement.

Traitement: D'abord immobilisation dans gouttière métalliques puis plâtre le 10 juin 1926.

Résultats: Sort le 21 août 27 **COMPLETEMENT GUERI**.

L... Marcel, 13 ans. Entre le 15 novembre 1928 pour coxalgie gauche.

Début: Remonte à quatre mois. Par boiterie.

Radio: Août 28. Lésions du cotyle.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Cliniquement **GUERI**.

L... Andrée, 32 ans. Examinée en novembre 1937 pour coxalgie ancienne.

Début: En 1917.

Evolution et Traitement: Traitée pour rhumatisme pendant des mois, puis demi-immobilisation. Plâtrée, se levait, faisait son lit.

Complications: En 1921 élimine la partie centrale de sa tête dans abcès fistulisé du pli inguinal.

Résultats: **ANKYLOSE EN BONNE POSITION.** Reste bien guérie depuis 1923.

(Professeur AIMES.)

L... Jean, 8 ans. Examiné en juillet 1936 pour coxalgie droite.

Début: Il y a 8 mois.

Radio: Positive.

Traitement: Plâtres successifs.

Résultats: **BONNE GUERISON EN 1928.** Reste bien guéri.

(Professeur AIMES.)

F... Félix, 8 ans. Entre le 2 juin 1931 pour coxalgie gauche.

Début: Mai 1929.

Signes importants: Raccourcissement rotation externe. Atrophie importante nette, limitation de l'abduction.

Radio: Juin 1931. Coxalgie gauche. Atteinte plus marquée du cotyle.

Evolution: Rapide ankylose complète en bonne attitude. Légère douleur à la pression de la tête. (Radio: pincement articulaire, aplatissement marqué de la tête au contour net avec tendance à la subluxation).

Traitement: Plâtres.

Résultats: Guérison par **ANKYLOSE** en bonne position avec **RACCOURCISSEMENT LEGER** (28-3-33).

C... René, 9 ans 1/2. Entre le 9 novembre 1933 pour coxalgie gauche.

Début: Mai 1930.

Signes importants: Flexion, adduction, rotation interne.

Radio: Coxalgie de la hanche gauche avec luxation de la tête fémorale. Cette dernière très ulcérée, en grande partie détruite, avec contours inégaux, est luxée en haut et en dehors.

Cavité détruite, aplatie et atrophie.

Résultats: Ankylose en bonne attitude d'une ostéoarthrite de la hanche compliquant une **LUXATION CON-GENITALE**. (Octobre 1934.)

B... Juliette, 11 ans. Entre le 10 juin 1933 pour coxalgie droite.

Début: Février 1932.

Radio: Juin 1933: signes de coxalgie en évolution.

Janvier 1934: aggravation des lésions de l'articulation coxofémorale surtout au niveau de la tête, irrégulière, diminuée de volume, présentant un point d'ostéite en évolution, à sa partie supéro-externe.

Evolution: En décembre 1933: ankylose légère, limitation de la flexion et de l'abduction. Aggravation importante. Ankylose constituée en juin 1935, à la partie inférieure de l'articulation, destruction de la tête et du cartilage diaphyso-épiphysaire.

Résultats: **GUERISON CLINIQUE PARFAITE EN** août 1936.

M C... Robert, 18 ans. Coxalgie droite.

Début: Fin 1931.

Signes importants: Tuméfaction. Grosse adénopathie. Altération de l'état général.

Radio: Réduction de la moitié inférieure de l'interligne. Raréfaction osseuse.

Traitement: Plâtre pendant 2 ans 1/2 puis repos allongé 1 an.

Résultats: Ankylose complète. Revu fin 1937. Reste **PARFAITEMENT GUERI**.

L... Yvonne, 2 ans 1/2. Entre au début de mars 1936 pour coxalgie droite.

Début: Il y a six mois par gonalgie.

Signes importants: Tuméfaction, genou en flexion.

Radio: Grosses lésions au niveau de la tête et de la cavité avec *SEQUESTRES*.

Complications: *SUBLUXATION POSTERIEURE*.

Résultats: En juin 1937 coxalgie en pleine évolution. Attitude vicieuse en adduction et rotation interne. Grosses lésions.

G... Louise, 8 ans. Entre le 30 juin 1926 pour coxalgie gauche.

Radio: Lésions discrètes de la tête et du cotyle.

Evolution: Arrive plâtrée. Luxation iliaque accentuée le 30 juin 1927. Mise en extension continue le 10-11-27. Luxation toujours très accentuée.

Résultat: Le 15 novembre 1928: *GUERIE*.

V... Louis, 12 ans. Entre le 1^{er} septembre 1931 pour coxalgie droite.

Début: Il y a deux ans par boiterie.

Signes importants: Coxalgie fistulisée. Ankylose complète très vives douleurs spontanées et provoquées. Pas de raccourcissement. Attitude en rotation externe et abduction légère.

Etat général: très médiocre.

Radio: 22 août 31: Lésions d'ostéite très accusées au niveau du toit du cotyle. Coxalgie en évolution.

Passé à l'Hôpital Suburbain pour *INTERVENTION CHIRURGICALE* 12-11-31.

S... Antoinette, 8 ans. Entre le 31 août 1934 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion 45°. Gros-

se limitation des mouvements. Douleur spontanée et provoquée. Etat général déficient.

Radio: Lésions importantes au niveau de la tête du cotyle. Ankylose en voie de formation.

Evolution: Coxalgie à évolution rapide. Attitude vicieuse par suite de négligence. La cure héliο-marine améliore considérablement l'état général.

Traitement: Extension continue. Plâtre.

Résultats: Guérison avec *BOITERIE* légère.

R... Joséphine, 20 ans. Entre le 15 août 1925 pour coxalgie droite.

Début: En août 1923.

Radio: Coxalgie:

Evolution: D'abord plâtre puis repos au lit, enfin marche avec béquilles.

A son entrée à l'Institut: coxalgie en évolution, mouvements très limités dans tous les sens, raccourcissement 3 cm.

Radio: Grosses lésions.

Résultats: Sortie en août 1925, *REPRISE* par sa famille.

F... Rose, 10 ans. Entre le 15 avril 1932 pour coxalgie gauche.

Signes importants: Légères douleurs à la percussion du talon. Limitation de la flexion. Extension normale.

Radio: Avril 32: déformation de la tête fémorale. Espace intra-articulaire flou.

Evolution: Limitation de l'adduction. Tendance à la récurvation.

A la radio accentuation des irrégularités des contours du cotyle. Tendance à la subluxation en haut en dehors. Ankylose tardive: mai 34, dans les deux tiers de l'articulation.

Traitement: Plâtres dès le début.

Résultats: Ankylose en bonne attitude. *RACCOURCISSEMENT* 1 CM. 1/2. Marche avec claudication légère.

C... Louis, 8 ans 1/2. Entre le 1^{er} septembre 1933 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a deux ans.

Signes importants: Le membre inférieur gauche est en bonne attitude.

Radio: Coxalgie en évolution avec déformation accusée de la tête et de la cavité. Ankylose.

Flou assez net de la branche ischio-pubienne gauche.

Evolution: En juin 1934 l'ankylose paraît à peu près correcte, les lésions cliniquement éteintes. Point douloureux à la pression sur la branche ischio-pubienne.

Résultats: L'ankylose tarde encore à se réaliser complètement. La radiographie ne la confirme qu'en octobre 1935, époque de la *GUERISON CLINIQUE* confirmée.

D... Yvonne, 17 ans. Entre le 27 décembre 1930 pour coxalgie gauche.

Début: En 1927 par abcès.

Signes importants: Très vive douleur à la pression sur la tête fémorale. Attitude vicieuse en abduction et rotation externe.

Douleurs très vives au moindre mouvement.

Radio: Usure très marquée de la tête.

Evolution: Favorable vers ankylose osseuse. Considérablement améliorée par le traitement.

Traitement: Plâtres puis culotte plâtrée.

Résultats: *GUERISON CLINIQUE* radiologiquement confirmée avec limitation des mouvements de la hanche.

Raccourcissement 1 cm.

Sédation des phénomènes douloureux (21 mai 1934).

N.-B. — N'avait pas été traitée pendant les trois premières années.

J... Marguerite, 16 ans. Entre le 27 avril 1926 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Père et mère bacillaires. Bronchite chronique.

Débuts: Il y a 7 mois.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion et adduction

Traitements: Repos au lit quatre mois. Plâtre. Passée à l'Hôpital Suburbain pour intervention chirurgicale.

R... Henri, 18 ans. Examiné le 20-5-37 pour coxalgie droite.

Début: Il y a 5 ans.

Signes importants: Ankylose complète mais compliquée d'œdème chronique très volumineux.

Complications: L'immobilisation prolongée a ankylosé la hanche gauche atteinte d'arthrite rhumatismale.

Résultats: *MARCHE TRES DIFFICILE.* Atrophie du membre inférieur gauche.

(Professeur AYMES.)

M... Henriette, 5 ans. Entre le 9 juillet 1929 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacillose pulmonaire.

Début: Février 1929.

Radio: Octobre 30: Coxalgie en évolution avec subluxation pathologique.

Signes importants: Attitude vicieuse en adduction.
SUBLUXATION PATHOLOGIQUE.

Traitement: Plâtres. Marches avec béquilles. Ext. cont. (3 k.).

Résultats: Cliniquement et radiologiquement guérie (30-4-32).

P... Elie, 31 ans. Examiné le 15 novembre 1937 pour séquelles de coxalgie droite.

Début: A l'âge de 12 ans.

Radio: Positive.

Signes importants: Gros empâtements ganglionnaires.

Evolution: Coxalgie paraissant cliniquement guérie avant rechûte fin décembre 1924.

Traitement: Plâtre jusqu'en 1927.

Résultats: Guérison avec ankylose complète. Marche avec boiterie. **RACCOURCISSEMENT** important.

(Professeur AIMES.)

R... Joseph, 9 ans. Entre le 1^{er} mars pour coxalgie gauche ancienne.

Début: A l'âge de 5 ans.

Traitement: Par le Professeur NOVE-JOSSERAND.

Résultats: Ankylose en bonne attitude. **RACCOURCISSEMENT** de 1 cm. Atrophie musculaire.

F... Marie-Thérèse, 14 ans. Entre le 15-11-36 pour séquelles de coxalgie droite.

Début: Il y a 8 ans par claudication.

Signes importants: Claudication. Ankylose de la hanche en attitude vicieuse, adduction.

Radio: Ankylose constituée. Très importante lésions au niveau de la cavité.

Tête subluxée en arrière et en dehors, soudée à la face postérieure de l'aile iliaque.

Résultats: Toujours en traitement. Rétrocession du processus destructif.

P... René, 12 ans. Entre le 7 mai 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 2 mois.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion interne.

Radio: Pincement articulaire. Tête fémorale à contours un peu irréguliers et estompés; pas de rupture de l'arc cervico-obturateur.

Evolution: Transformation de l'attitude en adduction, rotation interne.

Résultats: Passe au sanatorium du Grau-du-Roi avec coxalgie en évolution en bonne attitude. **LEGER RACCOURCISSEMENT.**

R... André, 6 ans. Entre le 1^{er} octobre 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Été 1930 par douleurs et claudication.

Radio: Janvier 1933. Ascension de la tête fémorale avec ulcération. Aggrandissement du cotyle, rupture du cercle cervico-obturateur, pas de fongosités. Aucun signe d'ankylose.

Traitement: Extension continue au sanatorium du Grau-du-Roi. Immobilisation plâtrée.

Résultats: Guérison par ankylose en bonne attitude après 4 ans de traitement. **RACCOURCISSEMENT** 4 cm. Atrophie.

C... Madeleine, 6 ans. Entre le 2 mai 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Février 1932.

Signes importants: Vives douleurs avec attitude vicieuse en flexion, abduction et rotation interne.

Radio: Coxalgie gauche en pleine évolution (mars 1933) destruction osseuse marquée. Aspect flou de l'articulation. Rupture de l'arc cervico-obturateur avec ascension du fémur dans la cavité cotyloïde.

8 novembre 1934: agrandissement de la cavité, destruction à peu près complète de la tête. Ascension à peu près marquée du fémur.

Evolution: Correction de l'attitude vicieuse. Sédation des douleurs.

Traitement: Extension continue. Plâtres.

Résultats: **RACCOURCISSEMENT** 5 cm. Guérison par ankylose en bonne attitude.

A... Lucie, 29 ans. Examinée en décembre 1937 pour coxalgie gauche ancienne.

Début: En 1922.

Traitement: Appareils plâtrés après réduction sous extension continue d'une attitude vicieuse en flexion.

Plâtrée pendant 2 ans 1/2.

Celluloïde de convalescence pendant plus d'un an.

Radio: Usure de la tête, ascension notable dans la cavité cotyloïde agrandie.

Résultats: Bonne guérison avec *RACCOURCISSEMENT* bien compensé. Mère de deux enfants. (*ACCOUCHEMENTS NORMAUX*).

L... Marie-Juliette, 19 ans. Entre le 15 février 1932 pour coxalgie droite.

Début: En 1925: Douleurs très vives. Marche impossible.

Signes importants: Coxalgie ancienne traitée, légère raideur de la hanche et du genou. Tendance à la fatigabilité. Atrophie de la cuisse droite 5 cm.

Radio: Destruction de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde assez accentuée. Rupture de l'arc cervico-obturateur. Irrégularité des contours.

Evolution: Tendance à l'ankylose.

Résultat: Sortie le 14-6-32. Durée 7 ans et non guérie.

C... Madeleine, 6 ans. Entre le 16 juin 1932 pour coxalgie gauche.

Début: Février 32. Douleurs très vives.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion. Abduction et rotation externe.

Radio: Les divers clichés montrent une aggravation des des lésions.

Traitement: Ext. continue. Plâtres. *ARTHRODESE EXTRA ARTICULAIRE*.

Résultats: *Radio:* 28-8-35. Greffon profondément implanté dans l'aile iliaque. Le point d'appui inférieur n'existe pas. Sortie le 21-4-36 avec grosse amélioration.

V... Louis, 20 ans. Examiné le 22 octobre 1937 pour coxalgie droite.

Début: En 1930.

Radiographie: Positive.

Evolution: 6 ans.

Complications: Petit ABCES de la face postérieure de la cuisse.

Résultats: Bonne guérison par ankylose.

C... Simone, 12 ans. Examinée en octobre 1925 pour coxalgie droite.

Début: Il y a un mois par gonalgie et boiterie.

Radio: Destruction complète de la tête fémorale.

Complications: ABCES froid antérieur.

Traitement: Taitée dès le début par plâtre et lit roulant.

Résultats: Guérison en 4 ans par ankylose en bonne position. Raccourcissement 8 cm.

G... Marie, 20 ans. Entre le 15 novembre 1934 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacillose pulmonaire.

Début: Il y a deux mois par douleur.

Radio: Ostomiélyte ou coxalgie ?

Signes importants: Douleur. Sédation par l'immobilisation.

Complications: Abscess froid de la hanche.

Traitement: Plâtre.

Résultats: Non guérie à l'heure actuelle.

A... Robert, 4 ans. Examiné en septembre 1932 pour coxalgie droite.

Début: Décembre 1930.

Radio: Positive:

Evolution et Traitement: On propose l'immobilisation dans un appareil plâtré. La famille laisse l'enfant au repos pendant six mois puis le laisse marcher.

Complications: ABCES FROID antérieur en septembre 1932.

Résultats: Ankylose en attitude vicieuse, adduction et rotation interne. RACCOURCISSEMENT: 6 cm.

C... Jean, 5 ans. Entre le 1^{er} octobre 1935 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Attitude vicieuse, adduction, flexion légère. Raccourciss. et ascens. trochant. 4 cm.

Radio: Néo-cotyle et destruction de la tête.

Evolution: Réduction de l'attitude vicieuse. Rotation externe. Flexion 20 à 30°.

Traitement: Plâtre.

Complications: ABCES.

Résultats: Ankylose complète. Marche bonne.

C... Marius, 9 ans. Entre le 1^{er} juin 1937 pour coxalgie gauche. Diagnostic confirmé par radio à Castres.

Radio: Positive.

Complications: Deux ABCES face externe de la cuisse.

Evolution: Abcès guéris 1-8-27.

Traitement: Décubitus continu (Castres).

Novembre 27: Plâtre.

Résultats: Abcès guéris 1-9-27. Septembre 28: Sort guéri Raccourcissement 1 cm. 1/2. Articulation mobile (flexion à angle droit.)

C... Francine, 13 ans. Entre le 15 décembre 1936 pour coxalgie droite.

Début: A l'âge de 2 ans.

Radio: (14 août 1937): Col moignon. Tête soudée en trois points avec l'aile iliaque (grand trochanter: épine ill. ant. sup. col à égale distance. Cavité atrophiée. Coxalgie dans luxation congénitale.

Signes importants: RACCOURCISSEMENT: 5 cm.

Complications: ABCES région inguino-crurale face externe cuisse droite 1/3 super. région crurale droite.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Articulation mobile, marche avec chaussures orthopédiques.

P... Henriette, 17 ans. Entre le 15 octobre 1936 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 4 mois 1/2 par claudication et douleur.
Signes importants: Attitude vicieuse en forte abduction. Flexion et rotation externes.

Radio: Pas d'interligne articulaire. Irrégularité des surfaces.

Complications: Eschares sacrées. ABCES, crête iliaque et grande lèvre gauche.

Traitement: Plâtre.

G... Alphonse, 4 ans 1/2. Entre le 1^{er} mars 1934 pour coxalgie droite.

Antécédents: h. Père bacillose pulmonaire.
p. Adénites cervicales et axillaire. Adénopathie trachéo-bronchique, kératite intersticielle.

Début: mars 1933.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion (45 %). Extension et flexion impossibles. Encellure lombaire, pas de douleurs.

Radio: Coxalgie en pleine évolution. Destruction osseuse marquée au niveau de la cavité et de la tête. Pincement articulaire.

Evolution: Vers l'ankylose obtenue après un an.

Traitement: Plâtre dès le début. Plâtre après injection épidurale. Extension continue (3 kg.)

Résultats: Guérison par ankylose. Légère flexion. **MARCHE TRES VICIEUSE** avec béquilles et chaussures orthopédiques.

R... Joseph, 9 ans, Entre le 1^{er} mars 1933 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 4 ans.

Signes importants: Coxalgie ancienne avec ankylose en bonne attitude.

Complications: Abscès région trochantérienne.

Traitement: Plâtres (1929... septembre 32).

Résultats : **CLAUDICATION. RACCOURCISSEMENT.**
Guérison par ankylose.

F... Jean, 11 ans. Entre le 25 juillet 1932 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Père décédé bacillose pulmonaire.

Début: Il y a 8 mois: gonalgie. Douleur à la marche.

Signes importants: Douleur spontanée et provoquée
Attitude vicieuse en adduction et rotation externe.

Raccourcissement apparent.

Atrophie cuisse gauche: 4 cm.

Traitement: D'abord repos au lit (1 mois). Plâtre.

Résultats: Guérison par ankylose avec gros raccourcissement. Marche avec chaussures orthopédiques 4 ans après le début.

M... Jeanne, 12 ans 1/2.

Entre le 10 juin 1925 pour coxalgie droite.

Début: Il y a 6 ans. Soignée au Suburbain. Guérie il y a 4 ans.

Radio: N'existe pas.

Evolution: Hanche d'abord guérie avec raccourcissement de 5 centim.

Complications: Deux abcès fistulisés. Fistule ganglionnaire inguinale. 26 juillet 1926: fistule tarie, mais grosse boiterie et anémie.

Résultats: **GUERISON AVEC CLAUDICATION IMPORTANTE** (raccourcissement 5 cm.).

A... Gabrielle, 9 ans. Entre le 1^{er} juin 1927 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacillose pulmonaire.

Début: Il y a 3 ans.

Evolution: Hospitalisée pendant 3 ans.

Complications: 3 abcès.

Traitement: Plâtre jusqu'au 25 juillet 1927.

Résultats: 28 juillet 1927: Limitation 50 %. **ATROPHIE CONSIDERABLE.** Raccourcissement 2 cm. Douleur nette. Replâtrée et sortie le 20 septembre 1928.

B... Gilbert, 9 ans. Entre le 12 août 1937 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Sœur atteinte de bacilles pulmonaires.

Début: Il y a six mois.

Signes importants: Attitude parfaite. Mouvement de flexion 45°, rotation 50 %.

Radio: Déminéralisation et appl. du noyau céphalique. Coxalgie au début. Lésions localisées au niveau du cartilage diaphysaire.

Complications: **ABCES FROIDS.**

Résultats: En pleine évolution lorsqu'il a été repris par sa famille.

P... Joséphine, 7 ans. Entre le 15 mars 1934 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a un an par claudication, gonaglie et douleur à la marche.

Signes importants: Très vive douleur à la pression. Attitude vicieuse en abduction et rotation interne. Le moindre mouvement provoque de très vives douleurs.

Radio: Usure très marquée de la tête. Lésions du toit du cotyle.

Complications: **ABCES.**

Evolution: Vers l'ankylose. L'abcès guérit spontanément.

Résultats: Sort en septembre 1937. Cliniquement guérie. Ankylose en bonne attitude. Marche dans de bonnes conditions.

B... Antoine, 10 ans. Entre le 15 juillet 1937 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Grosse tuméfaction douloureuse. Raideur articulaire.

Radio: Coxalgie en pleine activité. Lésions de la tête et du cotyle.

Traitement: Plâtres.

Complications: ABCES.

Résultats: La coxalgie continue à évoluer en mars 1938 sans tendance à l'ankylose.

F... Maurice, 13 ans. Entre le 15 février 1932 pour coxalgie droite.

Début: Juin 1930.

Signes importants: Coxalgie droite fistulisée. Attitude vicieuse en adduction. Ankylose. Légères douleurs provoquées.

Radio: 21 juin 1932: tête complètement fondue. Le moignon du col s'appuie contre l'illion. Grosse décalcification.

Evolution: Vers luxation pathologique de la tête en grande partie fondue avec agrandissement de la cavité cotyloïde.

Complications: DEUX ABCES dans le pli inguinocrural. Plusieurs trajets de fistules (quatre postérieurs).

Résultat: Amélioration. Tarissement des trajets fistuleux. Bon état général.

V... Henri, 9 ans. Entre le 12 février 1932 pour coxalgie droite.

Antécédents: Père décédé bacill. pulm.

Début: Il y a un an. Boiterie et douleurs.

Signes importants: Ankylose complète. Attitude vicieuse en adduction et rotation ext. très accusée. Douleurs vives à la pression.

Evolution: Vers l'ankylose complète en ext. et adduction.

Radio: 5 juin 1935: agrandissement considérable de la

cavité cotyloïde. Ascension très marquée du fémur avec disparition du noyau céphalique. Col fémoral en contact avec l'aile iliaque.

Complications: ABCES (au-dessus de l'arcade crurale droite et tiers supérieur de la cuisse droite région ant. ext. *FISTULES* face ext. cuisse droite fosse iliaque droite, région trochantérienne droite).

Traitement: Décubitus huit mois au début, ext. cont.

Résultats: Ankylose complète en ext. en adduction. Racc. 2 cm.

G... Jean, 52 ans. Examiné le 15 avril 1935 pour coxalgie droite ancienne.

Début: Dans l'enfance.

Evolution: Poussées de temps en temps. Depuis 15 ans pas de poussées.

Radio: Destruction complète de la tête et du col. L'extrémité supérieure du fémur remontée et soudée au bassin.

Complications: SIX FISTULES PROFONDES.

Traitement: Cure héliο-marine.

Résultats: Fistules fermées fin 1935. Revu en juin 1937. Reste cicatrisé. Gros raccourcissement: 12 cm.

C... Gérard, 6 ans. Entre le 28 décembre 1929 pour coxalgie gauche.

Début: Octobre 1928: chute.

Signes importants: Par suite d'un appareil cassé récurvation de la jambe et pied équin. Ankylose complète en adduction. Douleurs spontanées et à la pression. Raccourcissement 3 cm. Pied équin. Atrophie musculaire.

Radio: 22 août 1929: Lésions minimales de pincement avec destruction superficielle de la tête, soit destruction étendue soit luxation de la tête avec forte add. Gonflement art. douloureux.

Traitement: Plâtres. Ext. cont. en forte abduction.

Complications: Nombreux ABCES FISTULISES.

Résultats: Adduction complètement corrigée.

B... Jeanne, 8 ans. Entré le 1^{er} mai 1933 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 2 ans, et traitée par le repos allongé depuis 1 an.

Signes importants: Ankylose en demi flexion, adduction rotation externe.

Complications: Abscess fistulé. Tumeur blanche du genou.

Radio: Destruction importante de la cavité et de la tête. Forte luxation pathologique.

Résultats: Guérison par ankylose après une longue persistance de la fistule.

B... Charles, 11 ans. Entré le 1^{er} juin 1931 pour coxalgie droite.

Début: Remonte à 16 mois par douleurs dans la hanche.

Signes importants: Très légers mouvements de flexion et d'adduction. Petit racc.

Radio: Manque de netteté mais diagnostic de coxalgie.

Complications: ABCES FISTULISES.

Traitement: Plâtres dès le deuxième mois après le début.

Résultats: A quitté l'Institut avant la guérison.

B... Louis, 24 ans. Examiné le 12 août 1936 pour coxalgie droite.

Début: En janvier 1936.

Signes importants: Hanche en flexion.

Radio: Lésions de la tête et du cotyle.

Complications: Le 15 septembre 1936 très volumineux ABCES de la face externe de la cuisse avec poche dans l'aîne. Ponction 500 cm. Malgré la ponction, sphacèle des téguments sur l'arcade crurale, zone de la dimension d'une pièce de 5 fr. La cicatrisation demande 1 an.

Résultats: Actuellement, l'ankylose s'établit. En bonne voie de guérison.

C... Marie, 35 ans. Examinée le 28 mai 1925 pour coxalgie droite ancienne.

Début: Il y a 30 ans.

Evolution: Coxalgie traitée par l'immobilisation plâtrée ayant évolué en 6 ans.

Complications: ABCES, FISTULES.

Signes importants: Douleurs vives persistant toujours. Une fistule à la face externe de la cuisse persiste encore.

Résultats: Cicatrisation de la fistule en deux mois.

J... Armand, 9 ans. Entre le 5 juillet 1928 pour coxalgie droite.

Début: Remonte à deux ans.

Radio: Agrandissement de la cavité cotyloïde. Irrégularité atrophie osseuse. Coxalgie ancienne évoluant vers l'ankylose.

Complications: ABCES AVEC FISTULES.

Résultats: Guérison par ankylose en bonne position.

C... Louis, 5 ans. Entre le 1^{er} avril 1930 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacill. pulm.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion légère et adduction. Douleurs spontanées dans la jambe gauche et provoquées sur la tête fémorale et le grand trochanter. Mouvements très limités et douloureux.

Evolution: D'abord guérison apparente, puis chute deux mois avant son entrée à l'Institut. Amélioration par le traitement vers l'ankylose presque complète avec adduction légère et un peu de flexion.

Radio: 17 septembre 1931: Bonne calcification de coxalgie ancienne avec importante perte de substance de la tête et du cotyle.

Complications: ABCES CRURAL ET FISTULES EXT.

Traitement: Ext. cont. Plâtres.

Résultats: Guérison avec ankylose en demi-flexion et adduction légère (10 mai 1931). 21 décembre 1937: Est toujours traité à l'Institut pour fistules et abcès crural.

A... Marie-Jeanne, 10 ans. Entre le 1^{er} octobre 1925 pour coxalgie droite.

Antécédents: Entérite variole, rougeole, ophtalmie.

Début: Douleurs dans la hanche depuis longtemps.

Radio: Néant.

Signes importants: Flexion à 90° et adduction.

Complications: *FISTULES TRES VOLUMINEUSES* à la base du sacrum, à la fesse et à la face externe de la cuisse droite. Cicatrice à la crête iliaque.

Traitement: Ext. cont.

Résultats: Très longue évolution. Guérison tardive avec ankylose et gros raccourcissement (novembre 1930).

G... Claudion, 10 ans. Entre le 15 mai 1936 pour coxalgie gauche.

Antécédents: h. Père décédé bacille pulm. p. Arthrite du genou droit.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Attitude vicieuse en add. et rotation ext. Tous les mouvements douloureux et impossibles.

Radio: Destruction complète de la tête fémorale luxée en haut et en arrière.

Complications: *ABCES FISTULISE* au 1/3 sup. de la face externe de la cuisse gauche.

Traitement: Extension continue et plâtre.

Résultats: Ankylose constituée au niveau du rebord ext. art. Pas de sequestre. Fistule tarie.

B... Jeanne, 5 ans. Examinée le 25 septembre 1928 pour coxalgie gauche.

Début: Janvier 1928 par douleur et boiterie.

Evolution: On propose l'immobilisation plâtrée. La fa-

nille n'écoute pas et fait faire des massages. Revue en février 1931.

Complications: 2 *FISTULES* externes en 1931. 1 *FISTULE* en 1936.

Radio: Destruction partielle de la tête.

Traitement: Plâtres fenêtrés pendant 2 ans. Cure hélio-marine ayant cicatrisé rapidement la dernière fistule.

Résultats: Ankylose. Ensellure et gros raccourcissement: 6 cm.

M... Fernand, 6 ans. Examiné le 13 janvier 1928 pour coxalgie droite.

Début: Il y a un an.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion.

Radio: Positive.

Traitement: Plâtres successifs.

Complications: *ABCES POSTERIEUR* (avr. 1928). Ponction. Fistulisation le 10 août 1928.

Résultats: Guéri en octobre 1928: Subluxation postérieure. Raccourcissement important (8 cm.). Boiterie marquée avec ensellure.

B... Marius, 55 ans. Examiné en janvier 1938 pour coxalgie gauche ancienne.

Début: A l'âge de 11 ans.

Signes importants: Luxation pathologique, ankylose.

Complications: A 13 ans *ABCES FROIDS FISTULISES*. Hanche en gigot.

Résultats: Raccourcissement de 16 cm. A 50 ans fistule intermittente.

C... Paulette, 8 ans. Entre le 4 août 1931 pour coxalgie gauche.

Début: En 1929 par gonalgie et boiterie.

Radio: Fonte de la tête. Usure du cotyle (15 août 1931).

Signes importants: Attitude vicieuse en adduction, su.

bluxation pathologique. Raccourcissement et atrophie musculaire importante.

Complications: ABCES FISTULISES face externe cuisse gauche.

Traitement: Extension continue. Plâtres.

Résultats: Guérison mai 1935 par ankylose en bonne position. Raccourcissement 4 cm.

L... Paule, 17 ans. Entre le 8 novembre 1937 pour coxalgie gauche.

Début: Décembre 1936.

Signes importants: Cuisse en adduction.

Complications: ABCES, FISTULE.

Traitement: Plâtre.

Résultats: En traitement la fistule persiste. L'ankylose s'établit. Etat général déficient.

L... Ida, 12 ans. Entre le 25 septembre 1932 pour coxalgie droite.

Début: Il y a trois ans.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion et rotation interne.

Radio: Grosses pertes de substance au niveau du cotyle. La tête fémorale est presque entièrement détruite.

Evolution: N'a pas été traitée pendant deux ans. Ensuite: repos allongé. La malade est examinée pour la première fois à un stade avancé d'une coxalgie grave.

Complications: ABCES ET FISTULES.

Résultats: L'ankylose tarde à se constituer. Les fistules persistent. Grosse amélioration par la cure héliο-marine. Guérison clinique en mai 1934.

N... Lucien, 9 ans. Entre le 15 novembre 1933 pour coxalgie gauche.

Antécédents pers.: Diphtérie.

Début: Juillet 1927.

Signes importants: Coxalgie gauche fistulisée. Attitude vicieuse en flexion add.

Radio: 20 juin 1936: Moignon de la tête dans le vestige du cotyle en ascension de 10 cm. Col aminci oblique en bas.

Evolution: Persistance de l'attitude vicieuse. Evolution vers la luxation pathologique, puis vers l'ankylose.

Complications: **FISTULES NOMBREUSES.** Absès: région sus-pubienne, orifice crural région trochantérienne.

Traitement: Appareils plâtrés. Extension continue. Traitement anti E.

Résultats: Ankylose obtenue (novembre 1937), les fistules persistent.

B... Jeanne, 16 ans. Entre le 1^{er} décembre 1935 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 11 ans.

Signes importants: Ankylose constituée en bonne attitude.

Radio. Moignon de la tête fémorale soudée au rebord postérieur du cotyle.

Complications : **FISTULE INFECTEE SECONDAIREMENT** persistant depuis 11 ans.

G... Lucien, 9 ans. Entre le 1^{er} août 1930 pour coxalgie droite.

Début: En 1928.

Radio: 7 août 1930: Fonte de la tête. Usure du cotyle et agrandissement.

Signes importants: Pas d'attitude vicieuse. Luxation pathologique.

Evolution: 16 novembre 1931: Aggravation de la luxation puis nouvelle amélioration.

Complications: Trajet fistuleux face ext. cuisse droite. **FISTULE** tarie par synthol. Issue d'un petit **SEQUESTRE** (7 novembre 1931).

Traitement: Plâtres (Avignon, Hyères) pendant 4 ans.

Résultats: Guérison (11 octobre 1932). Ankylose en bonne position. Raccourcissement 2 cm. Pas de douleurs. Confirmée radiologiquement.

V... Blanche, 6 ans 1/2. Entre le 20 janvier 1937 pour coxalgie droite.

Antécédents: h. Bacill. pulm. des deux grands-pères. p. Pleurésie purulente à 4 ans.

Début: Il y a 5 mois par claudication et douleur.

Radio: Léger pincement de l'interligne articulaire et léger degré de décalcification.

Evolution: Aggravation des lésions surtout du côté du cotyle. 2 geodes. Rupture du fond de la cavité. **SEQUESTRES.**

Complications: **ABCES** face ext. de la cuisse. Flegmon de la racine de la cuisse. Incision. Lésion profonde du pelvis.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Résolution progressive. La température descend régulièrement. L'état général se remonte.

C... Abel, 8 ans. Entre le 23 mai 1932 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Père décédé bacill. du sacrum.

Début: Janvier 1932.

Signes importants: Peu de douleurs. Ankylose en adduction légère sans racc. ni atrophie.

Radio: Tendance à la subluxation. **HYPERTROPHIE DE LA TÊTE** (B. W. — 0).

Traitement. — Plâtres. Ext. cont. et culotte plâtrée.

Résultats: Guérison par ankylose en adduction légère.

E... Jean, 13 ans. Entre le 25 mai 1929 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a deux ans. Douleurs, boiterie.

Radio: 21 août 1929: Ancienne coxalgie. Evolution arrêtée. Ankylose en bonne attitude.

Evolution: D'abord sédation des phénomènes douloureux, ankylose en bonne position. Atrophie de tout le membre inférieur puis douleurs à la pression de la tête fémorale.

Traitement: Chez lui. Traité par cataplasmes et repos allongé. Plâtres.

Résultats: Guérison par ankylose en bonne attitude, mais **GENU VALGUM** par laxité ligamentaire.

M... Henriette, 5 5ans. Entre le 9 juillet 1929 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacill. pulm.

Début: Février 1929.

Radio: Octobre 1930: Coxalgie en évolution avec **SUBLUXATION PATHOLOGIQUE**.

Signes importants: Attitude vicieuse en adduction. Subluxation pathologique.

Traitement: Plâtres.. Marche avec béquilles. Ext. cont. (3 k.).

Résultats: Cliniquement et radiologiquement guérie (30 avril 1932).

B... Joseph, 9 ans. Entre le 15 juillet 1936 pour coxalgie gauche.

Début: Douleur, boiterie légère.

Signes importants: **ATTITUDE VICIEUSE** en flexion 45°. Limitation de tous les mouvements. Pas de douleur.

Radio: Tête très déformée irrégulière. Destruction de la cavité cotyloïde.

Evolution: **LUXATION INTRA PELVIENNE**.

Complications: Abscess intra pelvien. Fistules racine ant. de la cuisse.

Traitement: D'abord traité par **REBOUTEUX**. Extension cont. Plâtre. Caleçon plâtré.

Résultats: Toujours en traitement.

T... Etienne, 5 ans 1/2. Entre le 15 avril 1934 pour coxalgie droite.

Début: Décembre 1930.

Signes importants: Limitation de la flexion et de l'adduction. Légère rotation externe. Allongement de 1 cm. 5.

Radio: D'abord diagnostic d'ostéomyélite de l'ext. sup. du fémur puis coxalgie.

Evolution: Vers la pseudarthrose (15 avril 1934). Raccourcissement important: 10 cm.

Complications: *ABCES FISTULISES* (27 février 1931).

Traitement: Plâtres. Incision sur l'articulation le 21 mars 1932.

Résultats: *OSTEOMYELITE, SECONDAIRE* à une coxalgie infectée.

L... Rolande, 16 ans. Entre le 5 octobre 1934 pour coxalgie droite.

Début: Il y a 1 an 1/2 par boiterie légère.

Signes importants: Douleurs depuis une chute remontant au mois de février 1934. Très vives. Douleur spontanée et provoquée. Pas d'attitude vicieuse.

Radio: Coxalgie en pleine évolution avec aggrandissement de la cavité cotyloïde et lésions d'ostéite du fond et de la tête.

Evolution: Guérison apparente puis *RECHUTE* par chute.

Traitement: Plâtres. Arthrodèse extra art. (15 janvier 1935).

Résultats: Bonne solidification du greffon. Sortie guérie fin septembre 1935.

R... M.-Rose, 13 ans. Entre le 26 décembre 1931 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a 6 ans par gonalgie avec claudication.

Signes importants: Coxalgie gauche confirmée radiologiquement, fistulisée. Attitude vicieuse en flexion. Abduction nulle. Racc. 4 cm. Atrophie de la cuisse.

Radio: Les divers clichés confirment l'évolution favorable et l'amélioration clinique. 12 novembre 1933: Ce qui reste de la cavité ne présente en effet aucune régularité (tête en pain de sucre).

Complications: ABCES FROID face ext. de la cuisse gauche, fistulisé.

Evolution: Guérison apparente après 3 ans de plâtre puis *REPRISE DE LA MALADIE* et amélioration par le traitement et la cure hélio-marine.

Traitement: Plâtres et ext. cont.

Résultats: Guérison radiologique (20 octobre 1934). Pseudarthrose intra-cotyloïdienne. Disparition du col fémoral. Pas d'ankylose bien établie entre le col du fémur et la portion iliaque située au-dessus de la cavité détruite.

R... Germaine, 19 ans. Entre le 15 novembre 1932 pour coxalgie droite.

Début: Il y a deux ans.

Signes importants. Coxalgie droite en bonne attitude. Douleurs spontanées légères. Ankylose légère.

Radio: Pas de lésion osseuse. Pas de décalcification. Léger pincement articulaire. Ankylose osseuse de la partie inférieure de l'articulation.

Evolution: Guérison apparente, peu de temps après le début, mais *RECHUTE*. Evolution vers l'ankylose mais (RX 20 octobre 1934) agrandissement de la cavité, ascension du fémur et lésions osseuses.

Complications: Abscessus face ext. de la cuisse. Localisation pulm. (*HEMOPHTYSISIE*).

Traitement: D'abord topiques puis plâtres (Hôtel-Dieu Lyon). Culotte plâtrée. Plâtres. Arthrodèse.

Résultats: Guérison par ankylose.

P... Louis, 8 ans. Entre le 20 août 1927 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Mère décédée bacill. pulm.

Début: En 1922 *CHUTE* (grand écart) ayant occasionné une atteinte articulaire. En avril 1923, nouvelle chute. La radio décèle une coxalgie bénigne.

Evolution: Traité à Lyon. Plâtre 3 mois puis plâtre de marche. En mai 1924, aggravation (1 mois d'hôpital). En

février 1925, immobilisation (hôpital de Laval) puis béquilles. En février 1927, nouvelle chute nécessitant un replâtrage. 21 novembre 1927: Hanche sèche indolore très diminuée de volume, ankylosée.

Radio: Août 1927: Lésions anciennes et très avancées d'ostéoarthrite bacill. hanche gauche. Evolution vers ankylose.

Résultats: Lésions du cotyle. Sort le 30 mars 1928. Ankylose en très bon état.

T... Andrée, 11 ans. Entre le 8 février 1933 pour coxalgie gauche.

Début: Il y a six ans.

Signes importants: Attitude vicieuse en flexion adduction.

Complications: LUXATION PATHOLOGIQUE (ostéotomie sous-trochantérienne.)

Evolution: Traitée efficacement, puis RECHUTE par chute.

Traitement: Plâtres.

F... Georges, 8 ans 1/2. Entre le 5 décembre 1924 pour COXALGIE DOUBLE.

Début: A droite.

Radio: 6 janvier 1928: Dans les deux articulations cavités cotyloïdes nettement irrégulières, décalcification importante surtout à droite. Pas de pincement articulaire.

Complications: Abscès fistulisé à la face post. de la cuisse droite (février-mars 1929).

Evolution: Absence de douleur et la mobilité des deux articulations ainsi que l'absence de signes à gauche traduisent la bénignité de l'atteinte.

Traitement: Plâtres puis culotte plâtrée (marche avec béquilles).

Résultats: Guérison complète sans séquelles de coxalgie.

V... Marie, 2 ans 1/2. Entre le 1^{er} octobre 1937 pour coxalgie droite.

Début: Mars 1937.

Radio: Lésions très accusées au niveau de la cavité cotyloïde.

Complications: TUBERCULOSE DU GENOU GAUCHE.

Traitement: Plâtre et extens. cont.

Résultats: Toujours traitée pour coxalgie et tumeur blanche du genou.

N... Jean, 15 ans. Entre le 18 août 1927 pour coxalgie gauche.

Début: Avril 1926.

Evolution: Vers l'ankylose.

Complications: Abscesses (novembre 1926). 6 fistules à la cuisse. Etat général: lamentable. Juin 1928: Enorme abscesses cuisse gauche. Novembre 1928: Etat général très grave, les 6 fistules donnent toujours. Amaigrissement important. BACILLOSE PULMONAIRE.

Traitement: Mai 1926: Plâtre.

Résultats: Juillet 1928: Etat amélioré, 3 fistules tarées. Ankylose.

M... Agathe, 6 ans. Entre le 17 septembre 1931 pour coxalgie droite.

Début: mars 1929.

Signes importants: Ankylose en bonne attitude. Douleurs à la pression et aux mouvements.

Radio: Coxalgie ancienne et ankylose.

Complications: PERITONITE BACILLAIRE (3 mars 1932). Abscesses face ext. de la cuisse (15 mai 1932). Abscesses froid région inguino-crurale droite (16 juillet 1932).

Traitement: Plâtres dès le deuxième mois après début. 1^{er} décembre 1932: Plâtres et béquilles.

Résultats: Coxalgie guérie. Ankylose en bonne position (29 juin 1934).

V... Fernand, 7 ans. Entre le 5 juillet 1928 pour coxalgie gauche.

Antécédents: mère décédée bacill. pulm.

Début: Chute il y a 15 mois.

Radio: Coxa vara droite. Déplacement de la tête à gauche. Arthrite de la hanche gauche.

Complications: CYSTITÉ BACILLAIRE (25 juillet 1928).

Traitement: Plâtres.

Signes importants: Douleur importante.

Résultats: Boiterie très forte. Raccourcissement de 2 cm. (8 mai 1930).

P... Fernande, 10 ans. Entre le 30 juillet 1925 pour coxalgie gauche.

Antécédents: Parents spécifiques.

Début: Pas indiqué.

Radio: N'existe pas.

Evolution: Plâtrée pendant 11 mois, guérison avec boiterie. Trois mois après MAL DE POTT. Il y a dix mois RECIDIVE DE COXALGIE, paralysie flasque à droite. Les deux membres inférieurs en flexion (extension continue).

Complications: Gros abcès à la cuisse gauche en juillet 1927.

Résultats: Peu d'amélioration.

A... Henriette, 10 an. Entre le 18 mai 1930 pour coxalgie droite.

Antécédents: Mère bacill. pulm.

Signes importants: Limitation de la flexion et de l'adduction. Atrophie de la cuisse. Attitude vicieuse en flexion. Claudication. Pas de douleurs.

Radio: Juin 1930: Raréfaction osseuse. Décalcification. Pas de pincement. Signes peu accusés de coxalgie.

Traitement: Plâtres. Ext. cont.

Complications: ARTHRITE DU GENOU DROIT diagnostiquée par radio (13 mai 1931).

Résultats: 24 octobre 1931: Cliniquement guérie. Raccourcissement: 1 cm. 1/2.

M... Simone, 9 ans 1/2. Entre le 1^{er} juillet 1934 pour coxalgie droite.

Début: Il y a peu de temps.

Radio: Coxalgie au début plus marquée au niveau de la cavité cotyloïde. Atteinte très légère de la tête.

Evolution: Amélioration constante.

Complications: **PYELONEPHRITE.**

Traitement: Extension cont. Plâtres. Marche avec béquilles.

Résultats: Guérison complète.

G... Louis, 11 ans Entre le 15 octobre 1935 pour coxalgie droite.

Antécédents: Mère bacillaire.

Début: Mars 1935 par boiterie. Douleurs tibia droit et amaigrissement.

Signes importants: Attitude vicieuse, flexion du genou. Limitation de la flexion et de l'abduction. Douleurs sur le trochanter.

Radio: Coxalgie droite à localisation cotyloïdienne. Hanche sèche.

Traitement: Plâtres.

Résultats: Guérison par ankylose à peu près complète, sauf flexion (10 degrés) (20 juin 1936).

Complications: **DECEDE** novembre 1936 de méningite bacillaire.

C... Yvonne, 9 ans. Entre le 14 avril 1929 pour coxalgie gauche.

Début: Chute il y a 3 ans. Boiterie. Douleurs.

Evolution: Non traitée jusqu'à son entrée à l'Institut. Présente une attitude vicieuse en flexion nécessitant la mise en ext. cont. avant plâtre. (21 janvier 1930): Ankylose de la hanche en bonne attitude.

Complications: 21 janvier 1930: Abscess froid face ext. cuisse droite donnant beaucoup de pus. Abscess inguinal (6 février 1930). Enorme abscess fesse gauche (9 juillet 1930).

Lymphangite cuisse gauche (28 janvier 1932). Juin 1933 :
Abscessus de la région post-ext. racine de la cuisse gauche.

Traitement: Ext. cont. puis plâtres. Héliothérapie (amélioration).

Résultats: Coxalgie fistulisée au moment du *DECES*.

M... Simone, 14 ans 1/2. Entre le 1^{er} avril 1933 pour
coxalgie droite.

Antécédents: Père mort de bacillose pulmonaire.

Début: Il y a 3 mois par douleur hanche droite.

Signes importants: Douleur au palper. Pas de mouvements. Atrophie cuisse droite.

Radio: Tête fémorale en partie détruite et cavité très agrandie.

Complications: Adénite inguinale fistulisée à droite. *TUBERCULOSE PULMONAIRE*.

Résultats: *DECEDEE* le 24 septembre 1934 de tuberculose pulmonaire.

J... Pierre, 12 ans 1/2. Entre le 1^{er} mai 1935 pour coxalgie
gauche.

Début: Il y a six ans.

Signes importants: Ankylose en ext. et add. légère.

Radio: Coxalgie gauche évolutive.

Evolution: Guérison apparente après 5 ans puis *RECHUTE* il y a 1 an 1/2.

Complications: *ABCES* et *FISTULES* 1/3 moyen cuisse
B. K. DANS LES URINES.

DECEDE en septembre 1935.

R... Blanche, 4 ans. Entre en février 1923 pour coxalgie
droite.

Début: Octobre 1922.

Traitement: Plâtre.

Résultats: *DECEDEE* en juin 1923 de méningite tuberculeuse.

CONCLUSION

Lorsqu'il nous a confié la présentation de ces 100 observations, notre maître le Professeur AIMES a voulu particulièrement attirer l'attention sur la gravité du pronostic de la coxalgie. Car dans sa pratique déjà longue d'un Institut Marin, il a souvent eu à déplorer les reliquats mutilants de l'atteinte ostéo-articulaire, les répercussions de la localisation bacillaire pouvant amener la mort. Il a pensé que l'on n'était pas assez pénétré de la grande fréquence des cas sérieux et des formes aggravées.

En publiant ces brèves notes sur 100 malades, les uns traités dans le grand établissement marin de Palavas, les autres examinés à la consultation privée, longtemps après une évolution de coxo-tuberculose, nous avons voulu attirer l'attention de nos confrères et du public sur le mépris avec lequel on traitait l'ostéo-arthrite bacillaire de la hanche, malgré la profondeur des lésions qu'elle détermine au niveau de l'articulation, l'incapacité fonctionnelle qu'elle entraîne et les répercussions qu'elle ne manque pas d'avoir dans trop de circonstances. Peut-on oublier que la coxalgie n'est pas autre chose que la coxo-tuberculose?

La simple lecture des observations nous révèle, la plupart du temps, des facteurs de gravité. Certes, nous avons observé de nombreux cas de guérison dans des conditions acceptables, cela après une durée minimum qui est déjà un sérieux grief que l'on peut porter contre

la maladie. En majorité, ces cas sont ceux de coxalgiques rapidement dépistés et donc rapidement traités.

Chez d'autres malades on a pu constater que le sorcier, le magnétiseur, le berger et la guérisseuse de village continuent à éveiller parfois chez le peuple plus de confiance que le médecin, parce qu'il exercent la médecine non pas comme une science mais comme magie noire interdite. Le fait de ne pas traiter selon les thérapeutiques normales semble marquer à leur yeux la négation de la gravité et de la lenteur d'une affection décevante. Beaucoup de parents n'avouent pas, mais la proportion de coxalgiques traités par des guérisseurs et des médecastres est importante. C'est chez eux que l'on observe souvent les formes fistuleuses, nous avons pu nous en rendre compte en approfondissant certains interrogatoires.

La coxalgie n'avait pas besoin de cela pour manifester son génie destructeur. Nous nous sommes déjà défendu de faire une statistique. Pour fixer les idées nous ne pouvons pas ne pas citer les rapports de FROELICH au Congrès de Chirurgie en 1931 :

Sur 146 cas cités il y avait : 22 morts (15 % parmi ceux traités par lui; NOVE-JOSSERAND, 17 %); (VIGNARD 20 %), 10 cas guéris mais coxalgies fugaces;

72 ankyloses avec marche facile sans boiterie excessive;

19 avec boiterie forte;

12 ayant nécessité des ostéotomies, à cause d'une ankylose vicieuse en flexion-adduction;

11 cas mauvais: marche avec cannes, douleurs, fistules persistantes.

Nous n'avons pas additionné, mais le lecteur concluera sans peine, nos chiffres se rapprocheraient de cela. Nous voulons simplement qu'il se fasse une idée des fré-

quentes possibilités de gravité dans une maladie qui n'admet pas qu'on la méconnaisse trop longtemps et qu'on relâche la lutte contre elle.

C'est le soleil « *et la mer favorable à tous les maux* » (Euripide) qui viennent à bout des phénomènes destructifs lorsqu'on les associe à un traitement rationnel et persévérant.

La moindre faute fait bifurquer et aggrave le pronostic. C'est, la plus grave, la non suspension de la marche par ignorance ou par négligence alors que le traitement de base réclame le décubitus dorsal et l'immobilisation, la tolérance des attitudes vicieuses pour ne pas vouloir supporter ou faire endurer le supplice de l'extension continue ou de l'appareil plâtré, le mauvais traitement des abcès, la reprise prématurée des fonctions.

Seuls, la station hélio-marine et l'établissement spécialisé peuvent préserver le malade d'une atteinte que l'on devrait voir évoluer typiquement la plupart du temps.

Il en serait ainsi si le dépistage se faisait précocement. Le gros écueil est la longueur et la cherté d'un traitement efficace.

Pour conclure il nous faut donc revenir à la phrase de RICHARD que l'on ne saurait trop répéter :

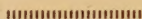
« *Si les médecins étaient mieux renseignés, le public ne tarderait pas à l'être également. Les arthrites tuberculeuses seraient mieux soignées, chez le pauvre comme chez les riches. Les complications seraient plus tardives, moins fréquentes, et moins rares.* »

Puisse ce modeste travail, recueil de nombreux cas pris au hasard, contribuer à cela.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER	
LA DUREE DE L'EVOLUTION	17
CHAPITRE DEUXIÈME	
DES COMPLICATIONS:	
1°) complications habituelles	23
a) des attitudes vicieuses	24
b) des abcès et des fistules	25
c) des subluxations et luxations pathologiques	28
d) des destructions locales	30
e) de l'ankylose	32
f) des déformations du bassin	34
g) des attitudes vicieuses du genou	36
h) de l'atrophie et du raccourcissement	37
2°) Complications moins fréquentes:	
a) des rechûtes et des récides	39
b) de l'infection secondaire des trajets fistu- leux	41
c) des localisations nouvelles	43
d) de la coxalgie double	44
e) de la mort	46
CHAPITRE TROISIÈME	
DES FACTEURS DE LA GRAVITE	49
100 CAS DE COXALGIE	57
OBSERVATIONS	59
CONCLUSION	95

S E R M E N T



En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

**Le Pronostic
de la Coxalgie**
par J. VERDIER

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Le Professeur,
JEANBRAU
Montpellier, le 31 mars 1938

Montpellier, le 31 mars 1938

Vu, le Doyen:
EUZIERE

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 1^{er} avril 1938

Le Recteur:
Pr. le Recteur:
Le Doyen délégué,
EUZIERE

